ROK IV WARSZAWA 1930 MARZEC ZESZYT III

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

OD REDAKCJI.

Konkurs „Wiedzy Lekarskiej".

Zgodnie z warunkami konkursu, podanymi w numerze majowym „Wiedzy" w r. 1929 ogłaszamy obecnie opinję Sądu Konkursowego:

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z bardzo nielicznie nadesłanemi pracami postanowił: żadnej z nich nagrody nie udzielać, jedną zaś p. t. „Phosphacid d-ra Romanowskiego" (autor dr. Byliński, godło „Kresowiec") zakwalifikował do druku na warunkach zwyczajnych.

Wobec powyższego Redakcja Wiedzy przedłuża termin konkursu do dnia **31, XII, 1930,** *jednocześnie — chcąc ułatwić ubieganie się o nagrodę, — cofa następujące warunki: obowiązkowy wyjazd do Francji (pozostawiając to jedynie jako życzenie) oraz niemożność uczęstniczenia w konkursie lekarzy pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich. Wobec tego warunki konkursu brzmią obecnie następująco:*

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać

przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadsyłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w 3 egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", najpóźniej do dnia 31 Grudnia 1930 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1931 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy" w ciągu roku 1931.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi **3000 zł.**, *oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł. Cztery piąte tych nagród będą wypłacone gotówką, a reszta czekiem księgarni francuskiej, pozwalającym na otrzymanie książek lekarskich w języku francuskim na powyższą sumę podług wyboru nagrodzonego.*

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody, wymienionej pod 6, żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagród wymienionych pod 6 i 7 na pięć równych części (t. j. po 800 zł.) z tem, że w ten sposób nagrodzeni otrzymają po 650 zł. gotówką i 150 zł. czekami księgarni francuskiej i polskiej, pozwalającymi na otrzymanie książek lekarskich podług wyboru nagrodzonego.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

DR. M. GRZYBOWSKI

Najczęstsze błędy popełniane w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skóry przez lekarzy nie-dermatologów.

Z chorobami skóry oraz z chorobami wenerycznemi w większych ośrodkach, a zatem w miastach, styka się prawie wyłącznie lekarz fachowo w tym kierunku wykształcony, a niespecjalista w razie potrzeby skorzystać może z współpracy pracowni i lekarzy specjalistów. Inaczej zgoła ma się rzecz na prowincji w małych miasteczkach, osadach i na wsi, tam bowiem lekarz dzięki odmiennym warunkom zajmuje się kilkoma specjalnościami; choroby skórne i weneryczne, jako rzadsze od schorzeń ogólnych, nie znajdują często w tych warunkach odpowiednio przygotowanych lekarzy, to też rozpoznawanie i leczenie tego rodzaju chorób częściej od chorób wewnętrznych i zakaźnych jest błędne, w najlepszym zaś razie oparte o zasadę „non nocere", która prowadzi do straty czasu w chorobach skóry, a w chorobach wenerycznych zwłaszczajest szkodliwa. Dodam, że często choroby skóry nieuleczalne przez szereg miesięcy lub lat mogą być przy prawidłowem postępowaniu uleczone bardzo szybko, co prócz wielkiej korzyści dla chorego przyczynić się musi również do rozgłosu lekarza. W obecnem zestawieniu postaram się przedstawić w krótkości zasady prawidłowego postępowania w chorobach skóry i zwrócę uwagę na popełniane w tych działach błędy rozpoznawcze i lecznicze.

Wyprysk eczema jest przez ogół lekarzy niefachowców, a często i przez fachowców rozpoznawany niewątpliwie zbyt często; z niewielką przesadą powiedzieć można, że te wszystkie przypadki chorób skóry, które nie udało się rozpoznać jako określonej choroby skóry — rozpoznawane są jako wyprysk; rozpoznaj się zatem kiłę, gruźlicę, nabłoniaki skóry łuszczycę, świerzb, a reszta, wszystko nierozpoznane — wchodzi przy tego rodzaju nieprawidłowem postępowaniu do obszernej grupy wyprysku; jest to zatem rozpoznanie negatywne, tworzące grupę tem szerszą, im dany lekarz mniej zna i mniej rozpoznaje inne choroby skóry. Uproszczony ten sposób postępowania ma również i swój schemat leczniczy, którego podstawą jest maść cynkowa; niepowodzenia lecznicze przy tym sposobie postępowania tłomaczone są zazwyczaj dobrze wszystkim znaną skłonnością wyprysków do nawrotów. Wielopostaciowość rozmaitych wyprysków doprowadziła do stworzenia całego szeregu rozmaitych postaci wyprysku, co wyrażano nazwami wyprysków dziecięcych, ostrych, suchych, przewlekłych, artretycznych, w otoczeniu ran, okcło odbytnicy i t. d.

Podstawą do tego błędnego traktowania wyprysku jest pojmowanie tego schorzenia jako określonej choroby (jednostki chorobowej), wówczas gdy najczęściej tak zwany wyprysk jest stanem wtórnym, niejako narzuconym na zmiany pierwotne skóry; te pierwotne zmiany zaś mogą być tak anatomiczne, a zatem widoczne, jak i czynnościowe (= uczulenie), a zatem niedostrzegalne. Przypadki wyprysku są zatem w swej istocie bardzo rozmaite, słuszniej dlatego też mówić o zmianach „wypryskowatych" (=eczematoid), rozpoznawanie zaś wyprysku jako choroby sui generis ograniczyć do przypadków bardzo nielicznych. Przykładem tego rodzaju rzeczywistych wyprysków mogą służyć te przy-

padki, w których u chorych często na kończynach tworzą się grupki naskórkowych drobniutkich pęcherzyków, wykwity te powstają bez widocznych przyczyn, często nawracają, nie mają cech schorzenia ostrego. Wszystkie natomiast przypadki silnie sączących, wyraźnie zapalnych stanów skóry celowem jest oddzielać od grupy wyprysku i zaliczyć do zapaleń skóry sensu strictiori (dermatitis), morfologicznie podobnych do wyprysku. Przykładem tego rodzaju schorzeń służyć mogą sączące długotrwałe wykwity na twarzy u dzieci oraz „wypryski" powstałe po drażnieniu (dermatitis artificialis).

Kwestja wyprysku wikła się niezmiernie przez to, że często t. zw. ropne zakażenia powierzchownych warstw skóry przybierają postać wypryskowatą, a długotrwałością i uporczywością przebiegu zbliżają się do istotnych wyprysków; to też często w poszczególnym przypadku trudno jest orzec, czy badane zmiany zaliczyć należy do wyprysku właściwego, czy też do zakażenia ropnego lub do stanów zapalnych o innej etjologji; kwestje te jednak mają znaczenie prawie wyłącznie teoretyczne, z punktu widzenia zaś praktycznego ważnem jest odgraniczanie następujących grup w gromadzie wypryskowatych schorzeń skóry:

a) Zmiany wypryskowate, występujące u pracowników rozmaitych zawodów (piekarze, malarze, murarze, praczki, pracownicy drukarscy i fotograficzni i t. d.), u których po szeregu lat stykania się z rozmaitemi substancjami bez widocznej szkody — występuje stopniowo nieznoszenie określonego przetworu, zwłaszcza przez skórę tych odcinków, która z nim stale styka się. Tego rodzaju stany morfologicznie przedstawiają się jako wypryskowate (noszą one w niektórych szkołach nazwę wyprysków np. Bäckereczem), są nader uporczywe i trudne w leczeniu. Rzeczą wielkiej wagi, a czasem „conditio sine qua non" uleczenia jest przerwanie pracy w danym zawodzie, względnie niestykanie się z czynnikiem szkodzącym; nie zawsze jest to możliwe, jednakże w niektórych przypadkach przy dobrej i silnej woli chorego — wykonalne. Jest to możliwe naprzykład u fotografów, którzy mogą pracować w gumowych rękawiczkach, u chirurgów, u których stwierdzenie czynnika szkodzącego jest łatwiejsze (sublimat, jodyna i t. d.), co umożliwia usunięcie go ze środków używanych przez chorego lekarza dla dezynfekcji rąk. Pomysłowość lekarza i chorego w tych wypadkach może przynieść większą korzyść od wyliczania schematycznych, typowych przykładów, na tę też inicjatywę leczniczą zwracam szczególną uwagę czytelnika.

Pod względem leczenia miejscowego przy obecności stanu zapalnego skóry (zaczerwienienie, obrzęk, wytwarzanie się pęcherzyków, sączenie, ropienie, pękanie naskórka) należy stosować leczenie przeciwzapalne, które polega na kąpielach w ciepłych płynach, jak np. rozczyn 1 : 3000 nadmanganianu potasu, kąpiel w odwarze z rumianku, tanninie 1 : 1000, ciepłej wodzie z dodatkiem krochmalu. Poza temi kąpielami, które można robić kilka razy dziennie (3 — 4 r. po 1/2 — 1 godzinie należy robić okłady na chore części skóry. Dla okładu stosować można 1:1000 rozcz. resorcyny, 1:2000 rozcz. azotanu srebra lub, co zdaje się jest najlepsze, 2 — 3% rozczyny ichthyolu. Pod wpływem tego leczenia przeciwzapalnego stan choroby szybko się polepsza, a po ustąpieniu objawów zapalnych można zastosować leczenie maściami; leczenie to jest już znacznie trudniejsze i wymaga pracy lekarza specjalisty; zasady tego leczenia podam poniżej.

Prócz leczenia miejscowego w ostrych stanach wypryskowatych stosować należy leczenie ogólne. Leczenie t. zw. bodźcowe (kolloido-terapja) często stosowane w tego rodzaju schorzeniach jest naogół korzystne, wadą jego jest jednakże długotrwałość, co zniechęca chorych, a przez swą kosztowność może być nawet niedostępne dla niektórych chorych, to też u chorych niezamożnych, którzy nie mogą leczyć się temi sposobami przez bardzo długi czas—wstrzyknięcie tego lub innego kolloidu 1 — 2 razy wyniku pomyślnego zazwyczaj nie daje; metoda ta nadaje się raczej do stosowania w ambulatorjach bezpłatnych lub u chorych zamożnych.

W razie wyboru kolloidu nie radzę uciekać się do środków wywołujących silny i gwałtowny wstrząs (propidon, serovac i t. d.), lepiej natomiast zastosować autohemoterapję w dawkach po 10 ccm. co 2-gi — 3-ci dzień.

b) Stany wypryskowate w otoczeniu ran, przetok i owrzodzeń. Prace *Gougerot'a* wykazały, że stany tego rodzaju występują jako skutek działania

mikrobów ropnych, to też autor ten stany tego rodzaju określa nazwą „dermo-epidermite-microbiennes“.

Leczeniem przyczynowem w tych razach jest usunięcie zakażającego ogniska; leczenie miejscowe istniejących zmian powinno mieć na oku odkażanie schorzałego ogniska (70% wyskokiem z dodatkiem 1% kwasu salicylowego), zmniejszenie objawów zapalnych przy pomocy okładów (jak wyżej), jeśli naturalnie stan rany na to pozwala; dodam, że w wielu przypadkach wypryskowatych zmian w otoczeniu wrzodów podudzi tego rodzaju leczenie przeciwzapalne jest wskazane już nawet ze względu na stan owrzodzenia.

Pozatem dążyć należy do zabezpieczania brzegów rany lub przetoki przed działaniem wypływającem z niej ropy lub płynów używanych dla odkażania rany. Najczęście stosuje się przy tem maści obojętne (waselina borna, maść dermatolowa), lepsze są jednak zdaje się obojętne ciasta (pasta Zinci c. acid. salic. lub c. ichthyolo).

c) W y p r y s k o w a t e s ą c z ą c e z m i a n y występujące często na skórze twarzy i szyji, a potem i na głowie u małych dzieci znanesą najczęściej pod nazwą wyprysków dzie-cięcych (Kindereczeme); w innych szkołach stany te noszą nazwę skazy wysiękowej *Czerny'ego*. Do jakiejkolwiek byśmy grupy te schorzenia zaliczali, nie ulega wątpliwości, że zakażenie drobnoustrojami ropnymi odgrywa niezmiernie doniosłą rolę w przebiegu tych schorzeń. Nie zmniejsza to z punku widzenia praktycznego doniosłości ogólnego stanu zdrowia dziecka, już bowiem pobieżne badanie tych chorych wykazuje, że najczęściej zmiany skóry tego rodzaju spotykamy u dzieci nieprawidłowo i nadmiernie odżywianych, a zatem u dzieci zbyt otyłych, spożywających nadmierną ilość białka, lub u dzieci „skrofulicznych“. Z tego wynika, że na racjonalne odżywianie i ogólną hygjenę życia dziecka trzeba w tych wypadkach zwrócić uwagę, usunąć należy zatem przekarmianie dziecka, zwrócić uwagę, czy dziecko nie otrzymuje mleka nierozcieńczonego (co się zdarza b. często), czy nie jest karmione w nadmiarze jajami, mięsem, kartoflami, grochem. Pozatem zwrócić uwagę należy na stolce dziecka, przepisać należy codzienne kąpiele oraz zwrócić uwagę na stan bielizny (wszawica) i ubrania dziecka, usunąć przytem należy z garderoby dziecka bieliznę niepraną i barwioną (kolorową), oraz wszelkie futra. Badając stan hygjeny dziecka, pamiętać należy o możliwości wszawicy, oxyuris oraz zbadać, czy u dziecka nie ma przewlekłych ropiejących ognisk (ucho, nos).

Wszystkie te przepisy są konieczne i ułatwiają leczenie chorych, same przez się zazwyczaj jednak nie są dostateczne dla całkowitego uleczenia chorej skóry, przyznać trzeba, że większość lekarzy nie docenia znaczenia leczenia zewnętrznego, co nie jest słuszne, bo rzadko samemi przepisami higjenicznemi choroby te można opanować.

Leczenie miejscowe polega na oczyszczeniu schorzałej skóry, w tym celu zmywamy strupy i łuski (nie należy obawiać się wody), usuwamy włosy z głowy, w razie potrzeby rozmiękczamy strupy na głowie oliwą, do której dodajemy 0,5% kwasu salicylowego. Po oczyszczeniu skóry stosować należy okłady, zgodnie ze wskazówkami zawartemi w punkcie a). Dodam, że przy leczeniu wyprysku u dzieci z przewlekłym nieżytem nosa lub z ropieniem z ucha — schorzenia te winny być leczone zgodnie z ogólnemi przepisami stosowanemi w tych chorobach. Przepisy djetetyczne i higjeniczne powinny być stosowane przez dłuższy czas po uleczeniu dziecka.

d) Często po użyciu rozmaitych leków lub przetworów chemicznych występuje ostry, bardzo silny i rozległy stan zapalny skóry (dermatitis toxica universalis). Przypadki tego rodzaju spotykamy często po stosowaniu rozmaitych maści rtęciowych, w szczególności po stosowaniu szaruchy dla wytępienia wszy łonowej. W przypadkach tych występuje silny obrzęk i zaczerwienienie skóry smarowanej maścią, potem zaś nawet skóry całego tułowia, schorzeniu towarzyszy silne swędzenie, pieczenie i uczucie napięcia skóry, po pewnym czasie zazwyczaj dołącza się sączenie i następowe zakażenie sączących części skóry. Podobny przebieg ma schorzenie przy stosowaniu innych środków leczniczych, podawanych nawet doustnie.

Stany tego rodzaju występują czasem przy noszeniu futer farbowanych paraphenylen di-aminą w szczególności przy noszeniu czarnych futer (foki, króliki, skunksy i t. d.) oraz po użyciu tego barwika dla farbowania włosów na czarno lub bronzowo (zwłaszcza u kobiet). Dodam,

że czasem długoletnie stosowanie tego barwika nie wywołuje objawów chorobowych i naraz pod wpływem niedostrzegalnych przyczyn .występuje ostry stan zapalny skóry; u chorych, u których tego rodzaju toksykoza wystąpiła — wytwarza się stan uczulenia skóry w stosunku do tego barwika, co uniemożliwia stosowanie jego nawet po upływie szeregu lat po zatruciu.

Wobec tego, że schorzenie występuje zazwyczaj przy użyciu świeżej porcji barwika, *Sabouraud* poleca przy kupnie nowego zapasu barwika wypróbować jego toksyczność na maleńkim odcinku skóry (np. na ramieniu na przestrzeni równej 20-groszówce) i dopiero nazajutrz w wypadku pomyślnym zabrać się do barwienia włosów głowy. Stany zapalne skóry wywołane zatruciem para-phenylen.di.aminą są szczególnie .ostre, obrzęk twarzy tak znaczny, że zazwyczaj uniemożliwia otwieranie oczu i ust.

We wszystkich przypadkach ostrych wypryskowatych schorzeń na szyji i na twarzy u osób dorosłych radzę wybadać anamnezę, zapytać, czy schorzenie nie występuje po zabiegach kosmetycznych lub przy noszeniu tych lub innych futer. W wypadkach stwierdzenia tego — usunięcie szkodliwego artykułu ubraniowego lub kosmetycznego jest nieodzowne. Dodam, że czasem najniewinniejsze środki tualetowe mogą być powodem wypryskowatych schorzeń twarzy, tak np. w znanym przypadku opisanym przez *Jadassohna* powodem takim był „Odol" stosowany przez chorego do czyszczenia zębów.

Z pośród środków leczniczych szczególnie często wywołujących uogólnione wypryskowate zapalenia skóry wymienić można: chininę, acetylarsan, ipekakuanę, neosalvarsan, pod względem morfologicznym zmiany skóry są podobne, polegają one na obrzęku i zaczerwienieniu skóry. Dlatego też w przypadkach istnienia uogólnionego schorzenia skóry o przebiegu i wyglądzie ostrego zapalenia skóry należy w tym kierunku robić wywiady, a środek leczniczy lub pokarm podejrzany o wywołanie choroby usunąć; zaznaczę jednak, że czasem tego rodzaju ostre stany zapalne skóry powstają bez widocznego powodu, w przypadkach tych jednak stwierdzić można zazwyczaj przewlekłe wypryskowate lub ropiejące ognisko na skórze chorego, lub, co częściej, ropiejące ognisko w narządach wewnętrznych (Fokalinfection).

W leczeniu tego rodzaju schorzeń stosować należy okłady na sączące części skóry, posypki na suche, a silnie napięte swędzące odcinki; można stosować również i mieszanki łagodzące, radzę jednak lekarzom niespecjalistom ograniczyć się do okładów i posypek, Dobre usługi w tego rodzaju przypadkach oddają wstrzykiwania dożylne bromu sodu (10% rozczynu w ilości 10 ccm codziennie) lub natr. hyposulfurosum (10% rozcz. — 20 ccm), który można podawać równocześnie i doustnie niezłe wyniki otrzymałem po stosowaniu chlorku wapnia (10% — 10 ccm), chorych w tym wypadku uprzedzić należy o niemiłem uczuciu swędzenia i pieczenia, które następuje w chwili wstrzyknięcia. Zaniedbanie tej ostrożności może wywołać przerażenie chorego w chwili wystąpienia tego niemiłego uczucia, niezręczny ruch ręką i w następstwie tego wstrzyknięcie pewnej ilości chlorku wapnia poza żyłę; obok silnej bolesności okoliczność ta może być nawet niebezpieczna, spostrzegano bowiem porażenia nerwów ręki po tego rodzaju nieudanych zabiegach. Z przepisów ogólnych, które korzystnie jest zastosować u tego rodzaju chorych, zwrócę uwagę na kąpiele (z domieszką nadmanganianu potasu lub krochmalu) i dietę, w której unikać należy soli, octu, musztardy i t. p., a lepiej ograniczyć się do mleka i niewielkiej ilości suchej bułki.

e) Ze względów praktycznych wydzielam w oddzielną grupę te przypadki wypryskowatych schorzeń, w których zmiany skóry ograniczają się do jednego lub kilku nielicznych ognisk, ogniska te często umiejscowione są na dłoniach lub palcach, w otoczeniu odbytu, w przegubach stawów, lub na szyji, między palcami rąk. Ogniska te okrągłe lub owalne mają wygląd i przebieg rozmaity; początkowo przechodzą one okresy obostrzenia, kiedy występują drobne naskórkowe pęcherzyki i okresy polepszenia, kiedy pokrywają się one większą ilością łusek, przybierając wygląd „suchego wyprysku." Po szeregu lat trwania podobnych ognisk naskórek na nich jest zazwyczaj silnie zgrubiały „zliszajcowaciały" i objawy sączenia są słabsze. Mówię o tej grupie, jako o całości, tylko z tego względu, że podobne wypryskowate ogniska mogą być przez niefachowców nieprawidłowo rozpoznawane; chodzi mia-

nowicie o to, że część grzybicowych schorzeń skóry nieowłosionej również może przybrać wygląd ograniczonych suchych, a czasem nieco wilgotnych (impetiginizowanych) ognisk, które łudząco podobne być mogą do zmian wypryskowatych o niegrzybicowej etjologji; wobec tego, że jak przekonamy się, leczenie grzybicy naskórka jest zupełnie odmienne od leczenia zmian wypryskowatych, prawidłowe rozpoznanie tych schorzeń może mieć duże znaczenie praktyczne, to też w tego rodzaju stanach nawet doświadczony lekarz winien wykluczyć czy to badaniem mikroskopowem, czy to na podstawie przebiegu choroby — zakażenie grzybkami. Leczenie tych ograniczonych, a przytem nawracających, zmian wypryskowatych nie polegających na zakażeniu grzybkami jest bardzo trudne; pamiętać należy o stosowaniu leczenia przeciwzapalnego w okresach obostrzenia sprawy (okłady), w okresach polepszenia należy stosować łagodzące, potem zaś słabo drażniące i wreszcie silnie drażniące ciasta i maści.

Jako wzory ciast łagodzących wymienię pastę cynkową z domieszką 3 — 10% tanniny lub 5—10% ichthyolu; jako pasty lekkodrażniące mogą być użyte ciasta z dodaniem 1 — 10% tumenol-ammonii, dziegci, siarki, rezorcyny, thigenolu. Wreszcie jako środki silnie drażniące, a przytem niejako zmniejszające stan uczulenia skóry duże usługi okazują maść *Wilkinsona* i dziegieć in substancja (prodermin *Spiessa* np.). Naświetlanie promieniami *Roentgena* stosowane być winno tylko przez specjalistów, wskazaniami do naświetlania mogą być stany przewlekłe bez objawów sączenia i impetiginizacji; stosowane czasem naświetlanie sączących wyprysków lampami kwarcowemi jest bezcelowe przy jednoczesnem umiejętnem stosowaniu leczenia przeciwzapalnego i szkodliwe jako jedyna i podstawowa metoda leczenia wyprysku.

Jeżeli chodzi o sprecyzjowanie błędów leczniczych, popełnianych przez niefachowców w leczeniu wyprysku, są one naogół następujące: większość lekarzy ocenia najczęściej wysypki wypryskowate, jako osutki na tle artretyzmu; to też z rozpoznaniem „wyprysk artretyczny“ spotykamy się bardzo często. Niewątpliwie stan narządów wewnętrznych, w szczególności zaburzenia w przemianie materji wpływają na stan skóry, usposabiając ją do tych lub innych schorzeń, a jednak w rozpoznawaniu „osutek artretycznych“ tkwi duży błąd, który prowadzi również do nieprawidłowego leczenia tych chorych. Pominąwszy całe niesprecyzjowanie terminu „artretyzm“, z punktu widzenia praktycznego zapatrywanie to prowadzi do leczenia wypryskowatych zmian skóry wyłącznie środkami dietetycznemi, względnie wyjazdem do miejscowości kuracyjnych, z zaniedbaniem leczenia miejscowego, które ogranicza się zazwyczaj do którejś z maści. Tymczasem wszystkie czynniki wewnętrzne są tylko momentem usposabiającym do choroby, wpływającym na uporczywość sehorzenia i na skłonność do nawrotów. W procesach zaś lokalnych mają olbrzymie znaczenie wpływy wywierane przez drobnoustroje ropne; pod tym względem zgadzają się poglądy wszystkich szkół dermatologicznych. Obecność tych drobnoustrojów może obostrzać chorobę, racjonalne zaś leczenie może całkowicie usnnąć ich wpływ, leczenie to jest w znacznej mierze oparte na stosowaniu środków miejscowych wedle zasad, które już wymieniłem; wewnętrzne i dietetyczne leczenie powinno być natomiast uwzględniane dla stworzenia dla ustroju najlepszych warunków zdrowia i uniknięcia nawrotów. Leczenie miejscowe, powtarzam to, winno być przeciwzapalne i odkażające (okłady, spirytus), w ostrych stanach odkażające i łagodzące wrażliwość skóry na czynniki zewnętrzne (spirytus, łagodne ciasta), po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego wreszcie odkażające i silnie uodporniające skórę (spirytus i energiczne ciasta i maści) w stanach przewlekłych; pozatem stosować należy leczenie bodźcowe (kollo-ido i proteino terapja) w ostrych stanach i wreszcie fizykalne (promienie *Roentgena*), ale te ostatnie tylko w stanach przewlekłych.

Wobec znacznego wpływu wywieranego w przebiegu wyprysków przez drobnoustroje ropne, z czem zgadzają się wszystkie szkoły dermatologiczne i co skłoniło niektórych do zaliczania większej części wyprysków do stanów ropnych (*Krzyształowicz*) wyszczególnię obecnie te stany chorobowe skóry, które często są punktem wyjścia wyprysków i co do zakaźnego pochodzenia których obecnie nie mamy wątpliwości.

Piodermje: Jedną z częstych postaci ropnego zakażenia skóry jest liszajec

paciorkowcowy (Impetigo streptogenes), który występuje najczęściej na twarzy tak u osób dorosłych, jak zwłaszcza u dzieci i przedstawia się pod postacią łatwo pękających pęcherzyków, wypełnionych surowicą zasychającą w żółte grube strupy. Podobne wykwity mogą wystąpić nietylko na twarzy, mogą one wikłać również inne choroby skóry (impetiginizacja). Racjonalne leczenie tych stanów zakaźnych skóry jest proste i zazwyczaj skuteczne: należy po umyciu schorzałej skóry (nie należy wystrzegać się wody i mydła), odkażać często spirytusem salicylowym oraz zastosować okład z płynu *Aliboura* lub z roztczynu ichthyolu; po ustąpieniu ostrych zapalnych objawów należyrozpocząć stosowanie żółtej maści rtęciowej (ung. hydr. ppc.fl. 1%), początkowo 2 razy dziennie na 1—2 godziny z następowem zmywaniem, później zaś coraz dłużej i częściej (na całą noc nap.), w przerwach stosować można okłady. Identyczne leczenie stosujemy w przypadkach liszajca na głowie u dzieci, należy jednak w tych przypadkach usunąć włosy. Dzieci mające skłonność do nawrotów należy leczyć również i pod względem ogólnym i zwrócić uwagę na usunięcie nadmiaru białka w pokarmach. Leczenie opisanych stanów wyłącznie przepisami dietetycznemi zawsze zawodzi, co prowadzi nie tylko do straty czasu, lecz również i niekorzystnie wpływa na przebieg choroby, bo nie ulega wątpliwości, że stany ropne skóry pozostawiają po sobie pewne uczulenie ustroju bardzo utrudniające w następstwie leczenie i powodujące nawroty choroby.

Figówka gronkowcowa (sycosis staphylogenes, sycosis nonparasitaria) stanowi jedną z częstych, a przytem niezmiernie uporczywych i trudnych do leczenia postaci zakażeń ropnych skóry. Jest to przewlekłe zapalenie ropne wywołane przez zakażenie mieszków włosowych brody lub wargi górnej gronkowcami. Podstawą do prawidłowego leczenia jest wykluczenie zakażenia grzybkami na podstawie badania mikroskopowego włosów wziętych ze schorzałego ogniska. Czasem jednak lekarze nie są w możności, czy to ze względu na brak mikroskopu, czy to ze względu na brak niezbędnej wprawy — dokonać analizy włosów; dlatego też pamiętać należy, że już na podstawie samego wyglądu klinicznego można czasem rozpoznać lub wykluczyć zakażenie grzybkami. Dla ustalenia prawidłowego rozpoznania zwrócić należy uwagę na wygląd włosów, a więc obecność włosów białych, grubych, matowych pozwala przypuszczać obecność zakażenia grzybkami; należy zwrócić uwagę na obecność na skórze brody ognisk łupieżowatych, obrączkowatych i pełzakowatych, czasem wykraczających nawet poza obręb owłosionej skóry. W razie istnienia ropienia pamiętać należy, że grzybice dają częściej niż zakażenie stafilokokami głębokie, liczne, silnie nacieczone i dobrze ograniczone guzy, oraz że przy istnieniu wyłącznie zakażenia stafilokokami sprawa jest bardziej powierzchowna, a przytem bardziej przewlekła.

Różnice te jednak nie są tak znaczne, by na podstawie samych tych wskazówek można było w każdym przypadku postawić prawidłowe rozpoznanie, to też radzę tych chorych w miarę możności skierowywać do specjalistów lub do pracowni bakterjologicznych.

Podstawowe przepisy lecznicze przy leczeniu figówki gronkowcowej wymagają zabronienia golenia się brzytwą lub maszynką, chory powinien natomiast dokładnie i bardzo krótko strzyc włosy; chorą skórę należy oczyścić przez obmywanie z ropy, łusek i strupów, większe ropnie można przeciąć, mniejsze powyciskać, na nacieki niezropiałe należy stosować okłady: ichthyol 3 — 5%, płyn Aliboura (cuprum sulfur. 2,0 zincum sulfuric. 7,0; aq. dest 300 0; camphorae ad saturationem), płyn Burowa i t. d. Włosy tkwiące w ropniach najlepiej powyrywać, naświetlanie promieniami X jest zbyteczne, bo schorzenie jest długotrwałe i włosy wyrosną przed całkowitem wyleczeniem.

Dużą uwagę zwrócić należy na leczenie ogólne, w tym celu podawać należy szczepionki lub lepiej stosować autohemoterapję (10 — 20 cm. 2 — 3 r. w tygodniu). Należy zająć się również uleczeniem nieżytów błon śluzowych nosa, które są częste u tego rodzaju chorych.

Po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych, zwłaszcza zaś ropienia, należy zacząć stosować maści odkażające (ung hydr. ppti. fl. 1 — 3%) lub maści zawierające 2 — 5% dziegcia.

Czyrakowatość; uporczywe to schorzenie jest dosyć podatne na leczenie szczepionką gronkowcową lub autohemoterapją; to ostatnie leczenie wymaga za-

zwyczaj długiej serji wstrzykiwań (12—20 inj.), nie zawsze chroni ono również przed nawrotami; same wyniki leczenia istniejącej furunkulozy są jednak bardzo dobre.

Intertrigo (Wyprzenie) nie jest zakażeniem ropnem w ścisłem znaczeniu, lecz wobec dużej roli, którą w tych stanach odgrywają banalne bakterje ropotwórcze — praktycznie schorzenie to przebiega tak, jak ropne zapalenie skóry w fałdach.

Pod względem djagnostycznym niezmiernie ważnem jest wykluczenie zakażenia grzybkami chorobotwórczemi, bowiem podobne do wyprzenia stany wywołane przez grzybki mogą znajdować się w pachwinie (u mężczyzn) i pod sutkami (u kobiet). Pod względem djagnostycznym po za badaniem mikroskopowem rozstrzyga wygląd brzegu wykwitu; w przypadkach wyprzenia stan zapalny jest najwybitniejszy w głębi samego fałdu, brzeg zaś wykwitu nie posiada festonowatego, pokrytego łuskami zarysu, charakterystycznego dla grzybicy rozwijającej się w tym miejscu; w przypadkach współistnienia obydwu schorzeń rozpoznanie może być bardzo trudne.

Pod względem leczniczym w przypadkach wyprzenia zwrócić uwagę należy na dokładne oddzielenie stykających się powierzchni skóry (puder, biała flanela) oraz na leczenie przeciwzapalne (okłady) i odkażające (spirytus, lekkie przeciwgnilne środki). U osobników otyłych zwrócić uwagę należy na dietę oraz zbadać należy mocz dla wykluczenia cukrzycy (tak jak i w furunkulozie).

Grzybice. Favus (strupień woszczynowy) jest łatwy do rozpoznania w przypadkach, w których na skórze głowy widoczne są typowe kubki woszczynowe (scutula favi), pamiętać jednak trzeba, że istnieją przypadki, w których kubki są bardzo niewielkie lub niema ich wcale (favus psoriasiformis, pithyrodes i t. d.), również i zakażenia wtórne mogą dzięki obecności licznych i obfitych strupów wprowadzić wbłąd niedoświadczonego lekarza. Dlatego też we wszystkich przypadkach przewlekłych schorzeń skóry owłosionej głowy, powodujących powstawanie strupów i łysienia (obecność blizn) zbadać należy dokładnie strupy i włosy pod mikroskopem lub jak najprędzej skierować chorego do doświadczonego dermatologa, strata bowiem czasu sprzyja rozwojowi choroby i może doprowadzić chorego do utraty włosów. Jedyny skuteczny sposób leczenia woszczyny jest naświetlanie promieniami X, co winno być dokonywane tylko przez doświadczonych rentgenologów.

Trychophytia (strupień strzygący) głowy i skóry owłosionej twarzy zbyt często nie jest rozpoznawany; a trzeba pamiętać, że jest to schorzenie bardzo częste na skórze głowy u dzieci oraz na brodzie u dorosłych mężczyzn. To też w każdym przypadku obecności na tych częściach skóry — pojedyńczych lub licznych ognisk pokrytych łuseczkami i strupkami, z przerzedzonemi albo ułamanemi i zmienionemi w swym wyglądzie włosami — prawdopodobne jest zakażenie grzybkiem; rozpoznanie grzybicy sprawdzić należy mikroskopowo lub skierować chorego do specjalisty. Jedyne prawidłowe leczenie grzybicy skóry owłosionej jest usunięcie włosów naświetlaniem prom. X. Lekarz praktyk powinien pamiętać o potrzebie zbadania otoczenia chorego (koledzy, rodzeństwo) choroba jest bowiem bardzo zakaźna.

Grzyby chorobotwórcze mogą wywołać również ropne zapalenie mieszków włosowych (sycosis parasitaria, Kerion Celsi), które na brodzie u mężczyzn przedstawiają się pod postacią licznych głębokich ropniejących guzów na brodzie; stany takie wymagają leczenia prom. X. Leczenie tego rodzaju chorych środkami miejscowemi lub ogólnemi stosowanymi w przypadkach figówki gronkowcowej, przedłuża chorobę i w konsekwencji prowadzi do licznych i szpetnych blizn.

Łupież różowy Giberta. Pity riasis rosea Giberti) jest schorzeniem spokrewnionem z grzybicami, etjologja jego jednak dotąd nie jest wyjaśniona; morfologicznie przedstawiają się zmiany na skórze pod postacią licznych różowych i czerwonych lekko złuszczających plam rozmaitej wielkości. Nie mogę przytaczać dokładnego opisu schorzenia, zatrzymam się tylko nad błędami rozpoznawczemi. Zaznaczę, że nierozpoznanie tego schorzenia przez lekarza nie ma wielkiego znaczenia, schorzenie bowiem po 3 — 5 tygodniach samo ustępuje; niebezpieczne jest natomiast błędne rozpoznanie, a to z tego względu, że dla niedoświadczonego tego rodzaju plamista osutka (jak pit. *Giberti*) przypomina osutkę kiłową, błędy w tym kierunku nie są też rzadkością. Jeśli się przytem zważy

że pit. rosca może wystąpić również i u osobnika chorego na kiłę i że z tego względu odczyn *Wassermana* może być dodatni, zrozumiemy, że czasem niedermatolog prawie fatalnie skazany jest na popełnienie błędu. Dla uniknięcia jego (dermatolog spostrzeże różnicę już i w samym wyglądzie wykwitów) pamiętać należy, że obfita, a zatem pierwotna wysypka kiłowa następuje wkrótce po zakażeniu (9 tyg.), a zatem w czasie, kiedy zazwyczaj utrzymuje się jeszcze objaw pierwotny lub conajmniej charakterystyczne zmiany gruczołów chłonnych, w przyp. pityr. rosea, jasna rzecz, zmian tych nie spostrzeżemy; kiłowe wysypki nawrotowe (poza wywiadami i dodatnim odczynem *Wassermana*) często wyróżniają się ułożeniem wykwitów w kółeczka, figury, zygzaki i t. d., są przytem mniej obfite, dla tego też te osutki już ze względu na swój wygląd nie powinny być źródłem błędu.

Z cech objektywnych samej wysypki łupieża różowego zwrócę uwagę na obecność lekkich objawów zapalnych w pit. rosea i jednopostaciowość wykwitów; wysypki kiłowe nie posiadają znamion ostrych (zapalnych) i tylko w postaci plamistej są jednopostaciowe (wyłącznie plamy) plamy jednak nie są tak wielkie i nie mają rozmiarów tak rozmaitych, jak plamy w pit. rosea.

Inne osutki kiłowe (guzkowe, krostkowe) są zawsze wielopostaciowe, a co najważniejsze, pamiętać trzeba, że guzki i krosty nie należą do obrazu spotykanego w pit. rosea.

Leczenie pit. rosea polega na stosowaniu obojętnych ciast (pasta Zienci z doda niem 5% tumenol-amonii) i ciepłych kąpieli.

Łuszczyca — rozpoznanie typowej łuszczycy jest proste, zazwyczaj też w tej dziedzinie błędów nie popełnia się; zresztą najczęściej już sam chory przychodzi do lekarza z gotowem rozpoznaniem. Pod względem leczniczym należy unikać stosowania maści drażniących, kąpieli i naświetlań w okresach szerzenia się choroby; lekarz praktyk może ograniczyć się do leczenia preparatami arsenu (pigułki azjatyckie, płyn *Fowlera*) i do zaordynowania kąpieli dziegciowych (po nasmarowaniu ciała dziegciem wykąpać się w gorącej wodzie z mydłem).

Liszaj czerwony (Lichen ruber) może być powodem błędów rozpoznawczych z kiłą, dlatego też pamiętać należy o wyszczególnionem odnośnie do pityr. rosea współistnieniu osutek kiłowych z innymi objawami kiły (objaw pierwotny, gruczoły). Z cech właściwych liszajowi czerwonemu pamiętać trzeba o swędzeniu, charakteryzującem prawie zawsze to schorzenie i o nader przewlekłym przebiegu choroby.

Na szczególną uwagę zasługują wykwity liszaja czerwonego w ustach; ich długotrwałość. oporność na ewentualne leczenie przeciwkiłowe winny dla niedoświadczonego być dostateczną podstawą dla odróżnienia od zmian kiłowych.

Gruźlica skóry. Nie ulega wątpliwości, że duża ilość nader zaniedbanych przypadków gruźlicy skóry zgłaszających się co roku do szpitali i klinik skórnych jest dowodem niskiego stanu kultury ludności, co prowadzi do korzystania ze środków domowych i porad znachorów.

Jednakże zdaje się, że i lekarze niedermatolodzy nie oceniają doniosłości wczesnego rozpoznania i skierowania do specjalnych zakładów przypadków początkowej gruźlicy skóry; powszechnie stosowane skierowywanie n a t o m i a s t przypadków o bardzo rozległych zmianach gruźliczych jest mniej celowe, bo tacy chorzy już przekroczyli granicę uleczalności. Dlatego to w każdym przypadku istnienia u dzieci (zwłaszcza na twarzy) długotrwałego uporczywego owrzodzenia, krostki lub nawet stale powiększającego się żółtawego guzka myśleć należy o gruźlicy skóry i chorego skierować do szpitala lub kliniki skórnej. Pamiętać należy, że gruźlica skóry w okresach początkowych zawsze jest uleczalna, zaniedbanie choroby tworzy nieszczęśliwego i niedołężnego inwalidę,

Dodam, że rozpoznanie gruźlicy skóry w jej początkach jest bardzo trudne, we wszystkich więc wątpliwych przypadkach skierować chorego należy do odpowiedniego szpitala.

Nabłoniaki (E p i t h e l i o m a). Rozpoznawanie dużych nabłoniaków skóry jest łatwe, prawidłowe rozpoznanie w tych wypadkach ma jednak zazwyczaj dla chorego mniejsze znaczenie, bo nabłoniaki te najczęściej nie są uleczalne. Rozpoznawanie natomiast małych nabłoniaków może uratować chorego od ciężkich cierpień; dotyczy to zwłaszcza nabłoniaków błon śluzowych jamy ustnej, warg oraz części płciowych; rozpoznawanie jednak małego początkowego nabłoniaka jest bardzo trudne i nawet bardzo doświadczony specjalista

może nie rozpoznać nieznacznej stwardniałej erozji lub guzka wielkości ziarnka grochu. To też prawidłowe postępowanie w przypadkach owrzodzeń i guziczków na błonach śluzowych polega na wycięciu drobnego skrawka i na przeprowadzeniu badania mikroskopowego; postępując w ten sposób możemy wprawdzie zrobić czasem niepotrzebne wycięcie, ale zato w przypadkach istniejących nabłoniaków dzięki wczesnemu rozpoznaniu ratować możemy dużo chorych od niezwykle ciężkich konsekwencji, raki bowiem języka i części płciowych są nader złośliwe. Postępowanie w tego rodzaju przypadkach jest niestety zazwyczaj odmienne. Najczęściej podejrzenia djagnostyczne idą w kierunku rozpoznania kiły. Czasem zbieg okoliczności bardzo suggeruje tego rodzaju fałszywe rozpoznanie, pamiętać bowiem trzeba że nabłoniaki języka występują szczególnie często u osobników, którzy przechodzili kiłę, to też już sama anamneza może w tym kierunku skierować rozpoznanie, również i odczyny serologiczne u tego rodzaju chorych są często dodatnie (ze względu na obecność kiły w anamnezie), co niejako potwierdza rozpoznanie kiły.

Również i w przypadkach początkowych nabłoniaków wargi u osobników młodych popełnienie błędu rozpoznawczego jest bardzo łatwe; wykwit na początku choroby może przedstawiać się jako niebolesny guziczek lub stwardniała blaszka wielkości grosza lub nawet i mniejsza; spoistość wykwitu, jego ograniczenie, talerzykowate dno — wszystko to jest tak właściwe objawowi pierwotnemu kiły, że błąd jest naturalny, to też wychodząc z tego rozpoznania, najczęstszy sposób postępowania jest następujący: po zbadaniu odczynu Wassermana i po otrzymaniu wyniku ujemnego dokonywa się nowe badanie po paru tygodniach, w razie wyniku ujemnego robi się próbę uzyskania rozstrzygnięcia kwestji „ex juvantibus" i poleca się przeprowadzić leczenie swoiste, w czasie tego 6—8 tygodniowego leczenia wykwit, rzecz jasna, nie cofa się, chory traci kilka miesięcy cennego czasu, a choroba staje się nieuleczalną. Pamiętać do tego trzeba, że podawanie arszenniku (novarsenobenzol) osobnikom z nabłoniakiem, nader niekorzystnie wpływa na jego stan.

Prawidłowy sposób postępowania w przypadkach obecności ranek, owrzodzeń lub guzów (nawet niewielkich ale o charakterze przewlekłym) na błonach śluzowych jamy ustnej lub częściach płciowych winien dążyć do możliwie szybkiego rozpoznania schorzenia; w tym celu wydzielinę wykwitów tego rodzaju powinno się zbadać na obecność krętków (zwłaszcza przy lokalizacji na wardze lub częściach płciowych), a w razie nieustalenia rozpoznania w tej drodze nie zatrzymywać się przed wycięciem niewielkiego skrawka tkanki i przesłania go do zbadania.

Z punktu widzenia djagnostyki klinicznej pamiętać należy o wykluczeniu wrzodów miękkich i objawów pierwotnych na częściach płciowych, rozpoznanie różniczkowe jest łatwe i tego rodzaju błędy nie zdarzają się; przewlekłe, długotrwałe, niebolesne, nacieczone, twarde owrzodzenie lub guz na częściach płciowych u osobników starszych wymagają zbadania możliwości nabłoniaka. W przypadkach owrzodzeń na języku lub błonie śluzowej policzków i dna jamy ustnej (zwłaszcza u osobników starszych) myśleć należy przedewszystkiem o nabłoniaku (nawet gdy się ma do czynienia z małem owrzodzeniem), pamiętać należy zdanie *Brocq'a* i *Dariera*, którzy wszelkie zwłoki djagnostyczne oraz próby leczenia na ślepo przez przypalanie i wyskrobywanie uważają za karygodne.

W razie obecności owrzodzeń lub guzków na wardze radzę pamiętać, że nabłoniaki wargi zdarzają się nietylko u osobników starszych, że objaw pierwotny daje zazwyczaj wczesne i bardzo wybitne zajęcie gruczołów podszczękowych, i że w przypadkach wczesnych nabłoniaków zmiany w gruczołach są jeszcze prawie niedostępne badaniu klinicznemu.

Leczenie nabłoniaków błon śluzowych winno być prowadzone tylko przez doświadczonych radologów i chirurgów.

RÉSUMÉ.

Dr M. Grzybowski. „Les fautes commises le plus frequemment dans la diagnose et le traitement des maladies de la peau par les medecins qui ne sont pas spécialistes dermatologues".

L'auteur decrit les fautes mentionnées en considérant l'un après l'uatre les symptômes, la diagnostique et le traitement de plus frequentes maladies de la peau, nottamment: eczèmes et états eczématoides (sycosis, furuncolose, intertrigo, les piodermies, les mycoses et trychophyties, pityriasis rosea, psoriasis, lichen ruber, tuberculose de la peau et les epitheliomes.

DR. JULJUSZ IRRGANG — Przemyśl

„Z teki lekarza"

„Ars tuendae et reparandae valetudinis"

Stare przysłowie brzmi: „Zdrowi nie potrzebują lekarza, tylko chorzy." A jednak medycyna, jeśli ma swój cel osiągnąć, musi zająć się i zdrowym. Zdrowy uważa swoje zdrowie za rzecz samo przez się zrozumiałą, nie ma nigdy tej świadomości, że mogłoby być inaczej i mało się o swoje zdrowie troszczy, A przecież fizyczne i umysłowe zdrowie jednostki przedstawia najcenniejszą wartość nie tylko indywidualną, ale i społeczną.

Powinna więc wartość zdrowia więcej wryć się w naszą świadomość i powinniśmy więcej cenić swoje zdrowie i poznać środki i sposoby zachowania tego zdrowia. Jest wprost nie do uwierzenia, jak lekkomyślnie i obojętnie obchodzi się wielu ludzi ze swojem zdrowiem, które następnie wskutek lekkomyślności i głupoty tracą. Wynika z tego, że powinniśmy strzec tego dobra społecznego przed niebezpieczeństwami zewnętrznemi t. j. chronić zdrowego przed chorobami. Jest rzeczą konieczną, by społeczeństwo miało więcej zrozumienia i zainteresowania dla zdrowia.

Medycyna powinna trzymać się dewizy, umieszczonej pod postacią allegoryczną wyobrażającą medycynę w sali ceremonialnej starego uniwersytetu wiedeńskiego a opiewającej: *„Ars tuendae et reparandae valetudinis."* Medycyna posiada wiele możliwości zapobiegania chorobom. Możliwości te są jednak niedocenione, mało się niemi kto zajmuje, częstokroć słucha się o nich z niedowierzeniem i uważa się je jako zbyteczne.

Drogą zapobiegawczą można łatwiej i — co dziś najważniejsze — taniej osiągnąć pomyślne wyniki, aniżeli leczeniem w chwili, gdy człowiek rzeczywiście już zachorował. Przytem zaznaczam, że przy najbardziej rozpowszechnionych i skutecznych środkach zapobiegawczych choroby nigdy całkiem nie znikną, i że nigdy lekarze nie staną się zbędnymi. Przeciwnie, czynność lecznicza lekarzy się wówczas wzmoże i będzie wdzięczniejsza, bo leczone będą wówczas ludzie chorzy w pierwszym lekkim okresie początkowym, kiedy przeważnie jest nadzieją wyleczenia zupełnego, a nie, jak to bywa obecnie, przypadki, które już są daleko posunięte i dlatego często okazują się beznadziejnemi.

Gdyby każda rodzina miała swego lekarza domowego i przynajmniej dwa razy w roku poddała się badaniom, wykryłby lekarz niejedną np. początkującą gruźlicę, którąby mógł wyleczyć, chroniąc zarazem innych członków rodziny przed zarażeniem. Wielu nieszczęściom możnaby w ten sposób zapobiedz.

Lekarz powinnien być dla społeczeństwa nie tylko mistrzem leczenia, ale powinien się stać zachowawcą zdrowia. Szerokie masy społeczeństwa muszą być uświadomione co do środków zapobiegawczych, a wtedy zrozumieją, że choroby nie muszą stać się beznadziejnemi, lecz można im skutecznie zapobiedz. I przekonamy się wówczas, że zapobieganie chorobom jest nietylko skuteczniejszą, ale i tańszą rzeczą, aniżeli budowanie nowych szpitali. Że zapobieganie takie może być przeprowadzane tylko przez lekarzy i pod ich nadzorem, rozumie się samo przez się. Okaże się wówczas, że lekarza potrzebuje nietylko chory, ale i zdrowy, aby zdrowie utrzymać i chorobom zapobiedz.

Przemyśl dnia 13 grudnia 1929 r.

RÉSUMÉ.

Dr Jules Irrgang. „Feuilleton".

L'auteur souligne la necessite d'insister d'avantage sur la médecine profilactique et voit le moyen le plus simple de prevenir les maladies dans le rétour de l'ancienne institution „des médecins de famille" avec les consultations périodiques de tous les membres de la famille.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Rokowanie w gruźlicy płuc. (Le pronostic de la tuberculose pulmonaire). A. Jacquelin. *Journ. Méd. francais. Nr. 10, r. 1929.*

Jak wiadomo rokowanie w gruźlicy płuc należy do jednych z najtrudniejszych rzeczy. Autor podkreśla, że w niniejszej pracy będzie się przedewszystkiem opierać na własnem doświadczeniu i zasadach szkoły *Bezancon'a*, którego był uczniem. Ponieważ rokowanie w gruźlicy płuc zależy od bardzo wielu czynników, przeto autor omawiać będzie osobno poszczególne grupy czynników.

I. Rokowanie uzależnione od zmian gruźliczych w płucach.

a) Umiejscowienie zmian gruźliczych, a mianowicie czy chodzi o gruźlicę jednostronną, czy obustronną, gra znaczną rolę w rokowaniu ze względu na możność założenia odmy sztucznej. Autor jest wielkim zwolennikiem tego sposobu leczenia i dla tego uważa, że wskazania do założenia odmy sztucznej mogą zmienić rokowanie w gruźlicy płuc.

b) Rozległość zmian gruźliczych gra naogół mniejszą rolę w rokowaniu, chyba że chodzi tu o różne rozpiętości zmian o tych samych cechach anatomicznych.

c) Gruźlica typu włóknistego daje najlepsze względnie rokowanie, w przeciwieństwie do gruźlicy serowaciejącej, w której rokowanie jest bardzo trudne. Ta postać gruźlicy bowiem daje przeważnie złe rokowanie, choć i tu nie brak licznych wyjątków. Rokowanie w tych postaciach jest tem trudniejsze, że zależy ono od wielu innych czynników. Nadto trzeba nadmienić, że czystą postać gruźlicy serowaciejącej rzadko spotykamy, gdyż najczęściej zjawia się ona w typie włóknisto-serowaciejącym suchot pospolitych.

d) Nie mniej ważnym dla rokowania jest fakt istnienia lub braku jam gruźliczych w płucach.

e) Także istnienie lub brak zrostów opłucnowych posiada znaczenie dla rokowania, a to nie tylko ze względu na wpływ zrostów na oddychanie, ale także ze względu na możność założenia odmy sztucznej.

Dokładne poznanie wszystkich wyżej wymienionych szczegółów zapomocą badania fizykalnego, dłuższej obserwacji i obowiązkowego prześwietlenia promieniami Roentgena zarówno pod ekranem, jak i na zdjęciach (w razie potrzeby kilku) jest jednym z zasadniczych warunków rokowania gruźlicy płuc.

II. Wartość rokownicza objawów czynnościowych i ogólnych.

Jednym z ważnych objawów dla rokowania jest stwierdzenie obfitości i jakości plwociny; te bowiem szczegóły przyczyniają się do dokładności rozpoznania. Przy braku plwociny należy zwrócić uwagę na to, czy chorzy jej nie połykają. Istniniee plwociny śluzowo-ropnej i obfitej a zarazem pienistej wskazuje na gruźliczy nieżyt oskrzeli, z przewagą gruźlicy włóknistej i taka plwocina daje raczej korzystne rokowanie. Bardzo znaczna domieszka śliny i śluzu każe podejrzewać istnienie gruźlicy krtani. Zmienne ilości plwociny wskazują na powtarzające się nawały płucne.

Znaczenie krwioplucia jest różne, najczęściej pojawia się ono w gruźlicy typu włóknistego a zatem w gruźlicy dobrotliwej. Takie jednak krwotoki mogą być wynikiem pęknięcia aneuryzmatu *Rasmussena*, a tem samem dawać rokowanie poważne; Jak wiadomo też, krwotoki płucne mogą tylko raz w życiu wystąpić, przyczem gruźlicza wykazuje typ wybitnie dobrotliwy. Poza tem krwotoki mogą występować przy powtarzających się nawałach, wreszcie wystąpienie krwotoku u chorego z gruźlicą włóknistą może być przyczyną rozsiania się procesu gruźliczego po całych płucach. Dlatego autor sądzi, że każdy krwotok wymaga dużej powściągliwości w rokowaniu, przynajmniej przez przecląg kilku tygodni dokładnej obserwacji.

Nadto wystąpienie krwotoku nie pozwala na stosowanie kreozotu, któremu autor przypisuje dodatni wpływ na przebieg gruźlicy włóknistej.

Z ogólnych objawów należy zwrócić uwagę na krzywą gorączkową, wagę ciała, częstość tętna, spadek ciśnienia tętniczego. Szczegółów powyższych autor nie opisuje szerzej, jako zbyt znanych, podkreśla tylko częsty brak jakiejkolwiek zależności między ciepłotą ciała a przebiegiem procesu chorobowego.

III. Stan innych narządów a zwłaszcza przewodu pokarmowego.

a) Przedewszystkiem należy poszukiwać powikłań gruźliczych w krtani (niezbędne badanie laryngologiczne) i w jelitach, zwłaszcza, że wiemy iż gruźlicze sprawy jelitowe mogą nieraz przebiegać bez ogólnie znanych, typowych klinicznych objawów i dają się one wykryć tylko przy pomocy promieni Roentgena.

b) Należy zwrócić uwagę na czynność żołądka, a zwłaszcza na niedobór kwasu solnego w treści żołądkowej, następnie na niedomogę wydzielniczą wątroby i trzustki. Z powyższych przyczyn nieraz występuje wzmożenie procesów fermentacyjnych w jelitach i biegunka, która znacznie osłabia siły ustroju. Szczególną uwagę zwraca autor na występowanie kaszlu z wymiotami; stan ten bowiem sam dla siebie upośledza łaknienie i zmusza do stosowania leków przeciwskurczowych, które łaknienie to jeszcze bardziej upośledzają. Wszystkie te czynniki doprowadzają szybko do demineralizacji ustroju, co oczywiście znacznie zmniejsza jego odporność. Na osobną wzmiankę zasługuje stan wątroby, która obok czynności wydzielniczej, mającej znaczenie dla trawienia, gra też rolę w procesie obrony przeciwko zakażeniu gruźliczemu. Wszystkim jest znany znacznie cięższy przebieg gruźlicy, a zwłaszcza le-

czenia zapomocą odmy sztucznej chorych z niedomogą wątrobową. Tu wspomnieć należy o cukrzycy.

c) Stan nerwowy i psychiczny u chorych gruźliczych jest również czynnikiem, z którym należy się liczyć przy rokowaniu. Skłonnośc do podniecenia, do żywych odczynów gorączkowych, łatwość występowania biegunek natychmiast po przyjęciu pokarmów, nerwowy kaszel, drażniący krtań i męczący płuca — wszystko to pogarsza znacznie rokowanie co do gruźlicy, choć nie należy zapominać, że jest to nietylko przyczyną pogorszenia choroby, ale i skutkiem zakażenia gruźliczego.

IV. Wpływ podłoża na rokowanie gruźlicy.

1. Wszystkie rasy ludzkie zdają się być jednakowo podatne na zakażenie gruźlicze, Uwzględnić tu jednak trzeba dwa czynniki, które pozornie zmieniają powyższe twierdzenie. Z jednej strony dziedziczność skazy, tak zwanej „artretycznej" u żydów, czyni tę rasę odporniejszą wobec gruźlicy: z drugiej zaś strony szczególnie ciężki i ostry przebieg gruźlicy występuje u ludów, wśród których gruźlica poprzednio nie była znana.

2. Co do dziedziczności autor przypisuje duże znaczenie wczesnemu zakażeniu dzieci przez otoczenie, a zwłaszcza przez rodziców.

3. W stosunku do dziedziczności, jak wyżej wspomniano, dużą rolę grają skazy; w szczególności zaś dobre rokowanie daje gruźlica u chorych dotkniętych t. zw. skazą „artretyczną". Chodzi tu o dzieci, których rodzice cierpieli na otyłość lub dnę; u takich chorych gruźlica przejawia się najczęściej pod postacią rozedmy, dychawicy lub nieżytu oskrzeli. O ile u takich chorych proces chorobowy się pogorszy, wykazują oni przeważnie włóknistą postać gruźlicy, skłonną do przekrwień płucnych i krwioplucia.

4. Większe znaczenie dla rokowania posiadają poszczególne postacie konstytucji morfologicznej. Autor nie przykłada większej wagi do sympatykotonji lub wagotonji w stosunku do przebiegu gruźlicy; raczej skłonny jest przypisać tylko większą wrażliwość wobec gruźlicy osobnikom sympatykotonicznym z nadczynnością tarczycy. Co się tyczy typów konstytucyjnych, to:

a) Rokowanie gruźlicy najgorsze jest u chorych, których typ fizyczny odpowiada dawnemu pojęciu status phtisicus.

b) nieco lepsze rokowanie, gdyż przebieg gruźlicy jest bardziej łagodny i skłonny do lżejszych postaci, spotykamy u chorych z silnie rozwiniętą klatką piersiową i narządem oddechowym.

c) typem najbardziej odpornym wobec gruźlicy i dającym najlepsze rokowanie jest konstytucja tych chorych, którzy w dzieciństwie przeszli krzywicę, których klatka piersiowa nieraz przedstawia typ pecten carinatus lub różaniec krzywiczy. Ten typ wykazuje często przerost tkanki limfatycznej, jak np. duże migdałki, powiększenie gruczołów chłonnych szyji i t.p.. Są to chorzy szczególnie skłonni do t. zw. zołzów. Nadto często ci chorzy wykazują opuszczenie jelit i inne objawy skłonności do bujania łączno-tkankowego. Szczególnem jest, że często są to dzieci rodziców starszych, pochodzących z rodzin t. zw. artretycznych, niekiedy zaś są to dzieci z wrodzoną kiłą.

5. *Marfan* i *Bernard* wielką wagę przypisują w rokowaniu gruźlicy objawom gruźlicy osłabionej: gruźlicze zmiany gruczołów chłonnych szyji, gruźlica gruczołów wnęki, zimny ropień, spina ventosa. Autor sądzi, że to prawo *Marfana* klinicznie słuszne odnieść raczej należy do gruźlicy u osobników z przerostem tkanki gruczołowej, o czem wyżej wspomniano (poz. 4 c.).

6. Niewątpliwy wpływ na rokowanie gruźlicy posiada także wiek chorego, co jest ogólnie znane (np. niebezpieczny okres dojrzewania).

7. U kobiet rokowanie gruźlicy ulega pogorszeniu pod wpływem perjodów i ciąży. W ciąży pogorszenie występuje w pierwszych trzech miesiącach, wywołane głównie wymiotami, które wpływają demineralizująco na ustrój, a następnie w okresie połogu.

8. Wreszcie stan socjalny i możności materjalne grają również dużą rolę, jako też i takie wypadki życiowe, jak zmartwienia, pewne choroby zakaźne, jak grypa, koklusz, odra, także operacje, a to głównie z powodu usypiania, oraz urazy, zwłaszcza w klatkę piersiową.

V. Znaczenie rokownicze badań laboratoryjnych. Autor przypisuje znaczenie reakcji skórnej na tuberkulinę, szczególnie zaś uważa, że rokowanie jest tem lepsze, im ten odczyn jest bardzo intensywny, występuje szybko i trwa długo. Pewne znaczenie też posiada odczyn odchylenia dopełniacza oraz odczyn opadania krwinek. Badanie plwociny, w odniesieniu do ilości prątków i ich charakteru morfologicznego nie posiada znaczenia, jedynie należy stwierdzić związek między długością życia chorych na gruźlicę a częstością dodatnich wyników przy badaniu plwociny na obecność prątków. *Guinard* stwierdził, że chorzy, których plwocina w licznych badaniach stale wykazywała obecność prątków żyli przeciętnie do dwuch lat; chorzy których plwocina co pewien czas tylko wykazywała prątki żyli od dwu do dziesięciu lat. Najlepsze rokowanie stwierdzono u chorych, których plwocina tylko bardzo rzadko, lub jeden raz zawierała prątki.

W dalszej części pracy autor raz jeszcze w skróceniu omawia rokowanie zależnie od postaci gruźlicy płuc, od umiejscowienia gruźlicy wtórnej. Wreszcie przechodzi do omówienia rokowania gruźlicy leczonej. Na pierwszem miejscu stawia leczenie zapomocą stosowania odmy sztucznej, omawiając szeroko uzyskane wyniki, zależnie od całego szeregu rozmaitych czynników: ze względu na niejednokrotnie spotykane niepowodzenia przy stosowaniu odmy sztucznej, zaleca wstrzymanie się przed rokowaniem w ciągu pierwszego roku leczenia. Następnie omawia leczenie zapomocą torakoplastyki, które jako zabieg przedstawia pewne niebezpieczeństwa, gdyż bezpośrednia śmiertelność pooperacyjna jest, według *Berard'a* i *Dumarest'a* 18% (na 91 przypadków), *Sauerbruch'a* 11,8%, *Schreiber'a* 24%. Wyleczenie zupełne uzyskuje się według pierwszych autorów w 20%. Frenikotomja jest zabiegiem znacznie łagodniejszym, gdyż nie wywołuje żadnych cięższych powikłań; wyniki uzyskane tą metodą są rozmaite i zależą od stanu chorobowego, W odniesieniu do leczenia zapomocą środków chemicznych autor zaleca ostrożne stosowanie sanochryzyny (w dawkach najwyższych 0.25 gr. na tydzień), przypisując jej nieraz skuteczne działanie w okresach pogorszeń gruźlicy płuc, nie przypisuje jej jednak większego wpływu w przypadkach przewlekłych. Według autora równie skuteczne jest stosowanie kreozotu drogą przez odbytnicę, dotyczy to zwłaszcza przypadków gruźlicy włóknistej i włóknisto-serowaciejącej, bez skłonności do

krwotoków, przyczem środek ten należy stosować miesiącami, względnie latami, Wreszcie korzystne wyniki autor otrzymywał przy stosowaniu kreozotu lub złota w przypadkach leczonych odmą sztuczną.

W końcu swej pracy autor omawia rokowanie gruźlicy t. zw. uleczonej. Pod tym względem należy być bardzo ostrożnym i uwzględnić wszystkie, wyżej wspomniane czynniki, szczególnie zaś stan chorobowy przed rozpoczęciem leczenia. Następnie należy zwrócić uwagę na warunki, w jakich chory się znajduje i pracuje, na długość dotychczasowego okresu wyleczenia gruźlicy a zwłaszcza na warunki życia chorego w przyszłości.

Rokowanie w otłuszczeniu. (Le pronostic de l'obésité). K. Richet Fils i J. Célice. *Journ. Méd. Francais, Nr. 10. r. 1929.*

Ścisłe odgraniczenie chorobowego otłuszczenia od „dobrego wyglądu" jest niemożliwe. Nie ulega jednak kwestji, że otłuszczenie chorobowe zaczyna się tam, gdzie fakt nagromadzenia się tłuszczu lub jego umiejscowienie stają się przyczyną zaburzeń w czynnościach narządów. Otłuszczenie polega na nagromadzeniu się tłuszczu w tkance łącznej podskórnej, okołonaczyniowej, w sieci, w płucach, w wątrobie i t. d. Obok tych zasadniczych zmian właściwych otłuszczeniu spotykamy też i inne zaburzenia chorobowe, jak przewlekłe zapalenie nerek, zwyrodnienia tkanki wątrobowej; przerost i rozszerzenie serca. W niniejszej pracy autorowie nie omawiają rokowania w otłuszczeniu ograniczonem, jak np. lipodystrophia progressiva, adenolipomatosis symmetrica lub morbus Dercumi; ani też otłuszczenia fizjologicznego, którego łatwo można uniknąć przy dobrej woli chorego zapomocą zmiany odżywiania i warunków życia. Także i zespół tłuszczowo-płciowy oraz obrzęk śluzowy (myxoedema) nie są tematem niniejszej pracy.

Natomiast temat niniejszej pracy stanowi otłuszczenie niepowikłane, powikłane i objawowe.

Liczne dane, zebrane przez towarzystwa ubezpieczeń na życie, w ciągu wielu dziesiątków lat i to zarówno w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, jak i w innych krajach, wskazuje wyraźnie, że śmiertelność ludzi otłuszczonych jest bezwarunkowo wyższa niż ich rówieśników o prawidłowej wadze ciała. Przytem należy zaznaczyć, że w grupie ludzi otłuszczonych chodzi o otłuszczenie niepowikłane ani zmianami w wątrobie, ani w nerkach, sercu lub w układzie nerwowym. Śmiertelność ta jest wyższa u osobników w wieku średnim lub późnym oraz u osobników tłustych, u których obwód brzucha jest raczej powiększony, aniżeli obwód klatki piersiowej. Zwiększenie śmiertelności z powodu otłuszczenia przedstawia następująca tablica:

wiek.	zwiększenie wagi w stosunku do wagi prawidłowej. 20%	30%	40%
	zwiększenie śmiertel, w stosunku do normy 0:		
20	5	20	40
30	17	35	60
40	25	50	77
50	25	50	77

Liczby te posiadają pewne znaczenie, aczkolwiek należy podkreślić, że te dane zbierane były przez bardzo wielu lekarzy, a zatem rozmaitemi metodami i niejednolicie oceniane, a nadto dawniej nie oznaczano ciśnienia krwi. Nie ulega jednak kwestji, że śmiertelność ludzi otłuszczonych z powodu chorób zakaźnych, krwotoków mózgowych, śmierci nagłych z powodu chorób serca jest niewątpliwie wyższa, niż ludzi o wadze prawidłowej. Autorowie podkreślają, że w pierwszej jednej trzeciej części życia śmiertelność jest wyższa u ludzi, których waga ciała jest poniżej normy, natomiast w następnych dwuch trzecich częściach życia śmiertelność u ludzi otłuszczonych jest wyższa, niż przeciętna normalna.

Dla stwierdzenia stopnia otłuszczenia, oraz dla dalszej obserwacji, czy otłuszczenie daje się usunąć czy nie, co wpływa w wysokim stopniu na rokowanie, niezbędna jest znajomość prawidłowej wagi danego osobnika. W tym celu można się posługiwać tablicami *Quételet'a* lub *Gautreleta.* Można też oznaczyć wskaźnik antropometryczny *Bouchard'a* t. j. iloraz wagi ciała w kg., podzielonej przez wzrost w decymetrach, nadto wskaźnik ten należy uzupełnić odpowiednio uwzględniając budowę kośćca, rozwinięcie mięśni, oraz wiek (do czego istnieją odpowiednie poprawki).

Stwierdzenie, czy otyłość daje się usunąć, czy nie, posiada zasadnicze znaczenie dla rokowania. U osobnika otyłego najważniejsze znaczenie dla rokowania posiadają zaburzenia dotyczące narządu krążenia; jak żylaki, wybroczyny wystepujące po najmniejszym urazie, łatwe oziębianie kończyn, krwotoki z nosa i t. p. Jeszcze większe znaczenie należy przypisać duszności. Chorzy na otłuszczenie łatwo podlegają duszności po najmniejszym wysiłku, często uważa się ich mylnie za chorych na rozedmę lub dychawicę oskrzelową czy sercową, podczas gdy w rzeczywistości płuca tych chorych są zupełnie zdrowe i jedynie nadmiar wagi ciała oraz pewne zmiany w mięśniu sercowym są przyczyną tej duszności po wysiłkach.

Bardzo często u takich osobników spotyka się nadciśnienie tętnicze (w $^3/_4$ wszystkich przypadków). Obniżenie ciśnienia tętniczego dowodzi osłabienia mięśnia sercowego. Bez uwagi na wygląd tych osobników, bicie serca i tętno galopujące daje złe rokowanie. Bardzo często przyczyną pogorszenia stanu serca jest nieodpowiednie leczenie (szybkie chudnięcie, energiczne leczenie kąpielami, zbyt daleko posunięte ograniczenie przyjmowania pokarmów, wysiłki fizyczne zbyt silne, tyreoidyna). Dodatkowe choroby u chorych otłuszczonych z obniżonem ciśnieniem dają szczególnie złe rokowanie, ale nawet i bez takich powikłań chorzy ci wcześniej lub później ulegają niedomodze mięśnia sercowego, wyrażającej się w sposób bardzo poważny, jak duszność, dusznica bolesna, przyspieszenie akcji serca, obrzęki kończyn, powiększenie wątroby i t. d.

W przypadkach ze wzmożonem ciśnieniem, ciśnienie rozkurczowe wynosi 12 do 13 cm Hg, ciśnienie skurczowe 18 do 24 cm Hg. To nadciśnienie *Heckel* odnosi do miażdżycy nerek, *Labbé* sądzi, że przyczyną tego podwyższenia są zmiany w nerkach, wywołane przez produkty rozpadu pokarmów, spożywanych w nadmiernej ilości. Z czasem powstaje typowa choroba *Bright'a.* Także *M. P. Weil* sądzi, że przez długi czas trwania otłuszczenia, nadciśnienie krwi jest sprawą czynnościową, czego dowodem jest prawidłowy poziom mocznika we krwi oraz ustępowanie tego nadciśnienia pod wpływem leczenia. *Martinet* podaje wzmożoną lepkość krwi, jako przyczynę nadciśnienia. Nie ulega kwestji, że ludzie otyli odżywiają się zbyt obficie, mimo iż z reguły sami twierdzą, że jest przeciwnie, Już badanie moczu przed rozpoczęciem leczenia wy

kazuje niedomogę zarówno nerek, jak i wątroby. Według *M. P. Weil'a* i *Guillaumin* we krwi tych chorych na czczo stwierdza się zwiększony odsetek białka (ponad 7.5%), cholesteryny, cukru i kwasu moczowego. Chorzy w tym stanie mogą nie wykazywać ani objawów cukrzycy, ani dny, nie mniej jednak skłonność do tych chorób jest znaczna i wymaga stosowania odpowiedniej dietetyki.

Stwierdzenie powyższych cech jest niezbędne u każdego otyłego, który jak wspomniano wyżej, może nie wykazywać żadnych innych objawów chorobowych, oprócz otyłości. Ponieważ u tych chorych rozwój mięśni jest naogół prawidłowy, przeto wysiłki fizyczne szybciej wywołują zmęczenie i zużycie całego ustroju. To osłabienie ustroju znajduje swój wyraz w przebiegu chorób zakaźnych u tych chorych. Nadto są oni bardzo skłonni do chorób skórnych, które są przeważnie długotrwałe.

Skłonność ludzi otyłych do zapadania na różne choroby jest tak znaczna, że *Bouchard* znalazł tylko 22 pro mille ludzi otyłych bez żadnych powikłań. Według tego autora najczęstszem powikłaniem jest białkomocz, następnie zaburzenia dyspeptyczne, kamica moczowa, cukrzyca, dna, nieżyt oskrzeli, kamica żółciowa, eczema, gościec przewlekły, migrena i dychawica.

Rokowanie w chorobach nerkowych u ludzi otyłych jest znacznie cięższe, niż u ludzi szczupłych, zwłaszcza należy się obawiać krwotoków mózgowych, obrzęku płuc i dusznicy bolesnej. Także rokowanie dny i kamicy nerkowej jest znacznie poważniejsze w tych przypadkach ze względu na trudność leczenia.

Częsty cukromocz u ludzi otyłych nie dowodzi istnienia cukrzycy, niewątpliwie jednak należy go uważać za stan przedcukrzycowy, który pod wpływem odpowiedniej diety, zastosowanej wcześnie daje się przeważnie rychło usunąć. Ze względu na częstość stanu przedcukrzycowego u ludzi otyłych, przy nieobecności cukru w moczu, należy zastosować próbę hyperglykemiczną, która polega na podaniu choremu naczczo 50-ciu gr. glukozy. W przypadkach prawidłowych ilość cukru na czczo we krwi wynosi 1 gr. pro mille; po przyjęciu glukozy w pół godziny później półtora grama pro mille a po godzinie poziom cukru wraca do stanu normalnego. W stanie przedcukrzycowym poziom cukru po przyjęciu 50-ciu gramów glukozy podnosi się wyżej, a przedewszystkiem hyperglykemja trwa dłużej.

Gruźlica u ludzi otyłych przybiera najczęściej postać gruźlicy typu włóknistego, która naogół daje dobre rokowanie. Gorzej jest, jeśli otyłość pojawia się w czasie przebiegu gruźlicy, lecz i tu rokowanie nie jest absolutnie niekorzystne.

Otłuszczenie, tak często spotykane u alkoholików, daje rokowanie naogół bardzo poważne ze względu na częstość i ciężkość powikłań ze strony wątroby, serca i nerek.

Naogół korzystne rokowanie jest w przypadkach otłuszczenia, wywołanego zaburzeniami w czynności gruczołów dokrewnych. Tu wybija się na pierwszy plan otyłość u kobiet w związku z czynnością jajników (otłuszczenie w okresie dojrzewania, po wyjściu zamąż, w okresie macierzyństwa i przekwitania) połączona z obniżeniem podstawowej przemiany materji. W tych przypadkach odpowiednie leczenie i obniżenie wagi ciała o 2 do 3 kilogramy daje wyniki bardzo korzystne i polepsza rokowanie. Niedomoga jąder nie wpływa wyraźnie na powstawanie otłuszczenia. Co się tyczy niedomogi tarczycy, poza obrzękiem śluzowatym, pewne typy otyłości dają się skutecznie leczyć zapomocą wyciągów tarczycy.

Ogólnie mówiąc, rokowanie otłuszczenia zależy zarówno od jego stopnia, jak i od następujących czynników: 1) od wieku; 2) od łatwości ustępowania objawów otłuszczenia pod wpływem leczenia; 3) od przyczyny wywołującej otłuszczenie, przyczem rokowanie może być dobre, jeśli chodzi o otłuszczenie „przypadkowe"; 4) przedewszystkiem zaś od istnienia powikłań, które znacznie pogarszają rokowanie, a mianowicie nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, osłabienie mięśnia sercowego, zwiększenie się ilości kwasu moczowego, cholesteryny, cukru, azotu we krwi, dna, kamica, cukrzyca, choroby nerek; 5) w rokowaniu u ludzi otyłych należy być zawsze ostrożnym, gdyż otyłość jest chorobą niespodzianek, w której zarówno nagła śmierć, jak i śmierć występująca szybko wśród przebiegu powikłań, zwłaszcza chorób zakaźnych — jest bardzo częsta.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Zaburzenia współczulne o charakterze bólowym w zakresie sutków. (L'angéionévrose douloureuse du sein). Bogaert.

La Presse Méd. Nr. 98, grudzień 1929.

Zaburzenia czynnościowe układu współczulnego w jego zakresie obwodowym—ectosympathoses zostały już dosyć dokładnie zbadane i opisane (akrocjanoza, choroba *Raynaud*, e ytromelalgja i inne). Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o takież zaburzenia w dziedzinie narządów wewnętrznych i gruczołach jak macicy, narządach płciowych, sutku. Spostrzeżeń odpowiednich tylko niewiele zostało ogłoszonych w literaturze (kryzy sutkowe tabetyków, sutek histeryczki *Chareola*). Autorowie niemieccy zaczęli opisywać w ostatnich latach stany chorobowe sutków u kobiet karmiących, cechujące się napadowem zbladnięciem z odcieniem sinawym brodawek i całych sutków w połączeniu z gwałtownemi bólami, szerzącemi się do ramienia i grzbietu; napad taki trwa 15 — 20 minut i jest następstwem skurczu naczyniowego, analogicznie do stanów podobnych w przebiegu choroby *Raynaud*. Czynnikiem wywołującym bywa: wpływ zimna, wilgoci, akt karmienia. Napady mogą występować w ciągu całego okresu karmienia.

Autor spostrzegał dwa przypadki podobnych nerwic naczynioruchowych sutków u kobiet poza okresem karmienia (u jednej z nich stwierdzono objawy poronne wiądu rdzenia). Napady cechowały się wybitnem zbladnięciem i ochłodzeniem sutków, a zwłaszcza samych brodawek, w połączeniu z gwałtownemi bólami, trwającemi kilkanaście minut i szerzącemi się do pachy.

W przeciwieństwie do powyższego typu zaburzeń naczynioruchowych o charakterze skurczowym, występują również pewne nerwice naczynioruchowe sutka o typie rozkurczowym, porażennym, analogicznie do erytromelalgji kończyn. Należy tutaj tak nazwany przez *Charcota* sutek histeryczki, cechujący się napadowem obrzmieniem sutka, zaczerwienieniem skóry i uczuciem kłucia i szarpania w miejscu obrzmienia.

Nowe poglądy na istotę procesów zapalnych w tkankach. (Le domaine de l'inflammation). Roussy, Leroux i Oberling. *La Presse Méd. Nr. 100, grudzień 1929.*

Pomimo wielokrotnych badań i prób ujęcia możliwie dokładnego, ścisłego istoty zapalenia, jesteśmy jeszcze bardzo daleko od całkowitej zgody, co należy rozumieć pod tem słowem, jaka jest treść tego najważniejszego w patologji pojęcia.

Wyniki najnowszych doświadczeń z hodowlą tkanek, barwieniem tkanek przyżyciowem i badania histochemiczne i fizykochemiczne rzuciły nowe światło na procesy życiowe tkanek i umożliwiły nowe, bardziej dokładne ujęcie istoty zapalenia.

Teorja, posiadająca bardzo wielu zwolenników, głosiła dotychczas bezapelacyjnie, że jedynym istotnym objawem zapalenia jest odczyn naczyniowy, bez obecności naczyń niema mowy o procesie zapalnym; nabłonek, jako pozbawiony zasadniczo naczyń, nie może brać udziału w procesie zapalnym; tak zwane zapalenia miąższowe są fikcją.

Wkrótce jednak rzeczywistość zadała kłam tym zbyt schematycznym, zbyt prostolinijnym poglądom. Zwrócono uwagę na istnienie różnych rodzajów zapaleń, w których naczynia krwionośne nie odgrywają prawie żadnej roli, np. ropnie zimne. A sztuczne wytworzenie, in vitro, gruzełka dowiodło, że zapalenie może powstać jako wynik bezpośredniego oddziaływania czynnika chorobotwórczego, na elementy komórkowe bez pośrednictwa naczyń Wszystkie te fakty przemawiają za inną teorją, słuszniejszą i bardziej trafiającą do przekonania również i z przesłanek teoretycznych. Na każdy proces zapalny zasadniczo składają się dwa zjawiska: odczyn naczyniowy i odczyn komórkowy, przyczem ten ostatni zawsze jest naogół ten sam — czy dotyczy komórek tkanki łącznej, czy nabłonków, czy gleju i t. p., różnice są tylko ilościowe. Każda tkanka, każda grupa komórek może ulec procesowi zapalnemu, jakkolwiek w szczegółach inaczej będzie wyglądało zapalenie tkanki miąższowej, inaczej—śródmiąższowej. Dlatego też autor przeciwny jest przeciwstawianiu procesu zwyrodnieniowego procesowi zapalnemu, jak to ma miejsce np. w schorzeniach nerek (nephrosis i nephritis). W jednym i drugim przypadku mamy do czynienia z zapaleniem, ewentualnie odróżniać tu można zapalenie miąższowe od śródmiąższowego.

Dziedzina zapalenia, jako pewnego typowego zjawiska patologicznego, rozciąga się również i na niektóre rodzaje guzów nowotworowych, jak brodawczaki, polipy, a nawet gruczolaki i kostniaki, które wykazują nieraz tyle cech zapalnych, że można mówić o nich jako o guzach zapalnych, lub guzach rzekomo nowotworowych.

Czy wstrzykiwanie insuliny jest jedynym sposobem jej stosowania? (Peut — on administer l'insuline sans piqures?). Mouzon. *La Presse Méd. Nr. 101, grudzień 1929*

Jest to zagadnienie, praktycznie, dla chorych na cukrzycę bardzo ważne, gdyż sposób stosowania insuliny na drodze codziennych, a nawet kilka razy dziennie powtarzanych wstrzyknięć przedstawia duże niedogodności, jak nagłe występowanie objawów hypoglicemji, objawy nerwowe w następstwie częstych ukłuć, ropnie, stwardnienia podskórne i t. p. Dlatego też przeprowad ono z różnych stron cały szereg prób, mających na celu określenie skuteczności stosowania insuliny z pominięciem wstrzyknięć, a mianowicie — na drodze doustnej, lewatyw, przez wcieranie w skórę (frykcje), wreszcie pod postacią tabaczki do nosa.

Wszystkie te próby dały naogół wynik dotychczas ujemny. Tylko wstrzykiwanie insuliny pozwala na maksymalne wyzyskanie jej działania i na ścisłe dawkowanie, przy użyciu innych sposobów dawkowanie jest bardzo niepewne, a wogóle działanie insuliny zupełnie nieokreślone, nie wyłączające niebezpiecznych nieraz niespodzianek — w kierunku braku jakiegokolwiek działania lub też działania niespodziewanie silnego.

Chorzy na chorobę cukrową w jej postaci najlżejszej nie wymagają, jak wiadomo, wcale stosowania insuliny, wystarcza im uregulowanie diety. Chorzy z ciężką postacią cukrzycy wymagają dawkowania insuliny zupełnie dokładnego, a jej działanie musi być niezawodne, jest to dla nich do pewnego stopnia koniecznością życiową.

Ale jest pewna, liczna zresztą, grupa diabetyków średnich, dla których nie jest konieczną taka precyzja w stosowaniu insuliny, a którzy ze względów osobistych lub zawodowo — socjalnych nie mogą sobie wstrzykiwać kilka razy dziennie insuliny. Takim chorym możnaby zalecić podawanie insuliny na innej drodze.

Leczenie chirurgiczne w różnych stanach zaburzeń psychicznych. (Psychiatrie et chirurgie). Bainbridge, *La Presse Méd Nr. 102, grudzień 1929.*

Autor, będąc dalekim od tego, aby do licznych teoryj, tłumaczących mechanizm chorobotwórczy psychoz, dodać jeszcze jedną więcej, chce jedynie zwrócić uwagę na wielokrotnie podnoszony z różnych stron fakt wyraźnej zależności przyczynowaj między powstawaniem i ustępowaniem różnych zaburzeń psychicznych, jak stanów podniecenia, depresji, halucynacyj, stanów katatonicznych, histeroneurastenji i t. p. — a zatruciami jadami bakteryjnemi i produktami samego ustroju (wydzielina tarczycy, jajników). Znaną jest powszechnie częstość występowania zaburzeń psychicznych w przebiegu duru, ospy, zimnicy, grypy, a zwłaszcza zakażeń moczowych. Spotyka się poparte spostrzeżeniami klinicznemi twierdzenia, że grypa może być przyczyną powstania psychozy, przyczyną jej pogorszenia, i czasami odwrotnie — przyczyną jej ustąpienia czyli wyleczenia.

Autorowi pracy niniejszej jednak chodzi o zwrócenie uwagi głównie na wyraźną, niewątpliwą zależność przyczynową, jaka istnieje między różnemi zaburzeniami psychicznemi a pewnemi schorzeniami chirurgicznemi, dającemi wskazania do odpowiednich zabiegów operacyjnych. Są to: zakażenia zatok czaszkowych, zębów, migdałków, tarczycy, jelit, jajników macicy, wadliwe położenie macicy i t. p. Otóż zostało stwierdzone wielokrotnie, że usunięcie w tych razach schorzenia chirurgicznego, przyczynowego, powodowało wyleczenie zaburzeń psychicznych.

Henry Cotton w pracy swej pod tytułem „Związek chorób psychicznych z zakażeniami miejscowemi" przytacza statystykę, rzeczywiście rewelacyjną, 400 przypadków chorób psychicznych — stanów depresyjno-manjakalnych, szału z majaczeniami na tle toksycznem i otępienia wczesnego (dementia praecox), z których w ciągu roku zostało wyleczonych, w myśl wyżej omówionego, 270 chorych, w ciągu

następnych 9 miesięcy zostało w ten sam sposób wyleczonych dalszych 70 chorych. Wyniki powyższe spowodowały *Colton'a* do wypowiedzenia się na temat etjologji psychoz w sposób następujący: „wszelkie zaburzenia psychiczne są następstwem zatrucia jadami drobnoustrojowemi" — co jest, zresztą twierdzeniem nieco ryzykownem.

W każdym razie niewątpliwem jest, że już obecnie chirurgja odgrywa dużą rolę w leczeniu chorób psychicznych i o tem należy pamiętać.

Szczególnie dogodne cięcie dla podwiązania łuków tętniczych dłoni. (Une nouvelle incision pour la ligature des arcades palmaires). Popovici. *Lyon chirurg. XXVI — Nr 5, wrzesień — październik 1929.*

Żadne z zalecanych w różnych podręcznikach chirurgji operacyjnej cięć dla podwiązania łuków tętniczych dłoni nie odpowiada dwum zasadniczym warunkom: 1) odsłonięcie łuku w jego części poprzecznej (a nie skośnej) i 2) kierunek cięcia podłużny, zgodny z przebiegiem znajdujących się tutaj narządów (mięśni, nerwów, pochewek ścięgnowych). Autor proponuje tutaj następujący sposób.

Podwiązanie łuku dłoniowego powierzchownego. Ręka spoczywa na stole operacyjnym na swej stronie grzbietowej, duży palec— maksymalnie odprowadzony. Przedłużenie linji, przeprowadzonej przez powierzchnię dłoniową kciuka, poprzez dłoń aż do przecięcia się z brzegiem łokciowym dłoni (pod kątem prostym) nosi nazwę linji *Boeckel'a*. Linja prosta, przeprowadzona przez drugą przestrzeń międzypalcową i połowę odległości między kłębami dużego i małego palca (thenar et hypothenar), przecina się z linją *Boeckel'a* w punkcie, przez który przechodzi część poprzeczna łuku powierzchownego. Cięcie operacyjne prowadzi się w osi III kości śródręcza poprzez punkt odnaleziony, na 2 cm powyżej i poniżej niego. Łuk tętniczy przebiega tuż pod rozścięgnem dłoniowem (rozwinięty bywa różnie).

Podwiązanie łuku dłoniowego głębokiego. Ułożenie dłoni jak wyżej. Po określeniu linji *Boeckel'a* i punktu wytycznego dla łuku tętniczego powierzchownego, powyżej niego o 1 cm (w kierunku dośrodkowym) — zawsze w osi III kości śródręcza — oznacza się drugi punkt, przez który przechodzi część poprzeczna łuku głębokiego. Cięcie operacyjne prowadzi się w osi III kości śródręcza, na 3 cm powyżej i poniżej punktu wytycznego dla łuku głębokiego. Po przecięciu rozścięgna, podwiązaniu i przecięciu łuku powierzchownego, rozsuwa się ścięgna II i III palca i przenika do leżącej pod ściegnami tkanki tłuszczowej, pod którą leży rozścięgno głębokie, a pod niem (na wysokości III kości śródręcza)—przebiegająca na kości poprzeczna część łuku głebokiego, z którym krzyżuje się w tem miejscu głęboka gałązka nerwu łokciowego. W przeciwieństwie do łuku powierzchownego, głęboki — jest naogół wielkości stałej.

Rozerwanie urazowe chrząstkozrostu spojenia łonowego. (Entorses, disjonctions et decollements traumatiques de la symphyse pubienne). Rocher. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de chirurgie, Nr 34, grudzień 1929.*

Czy w przypadkach rozerwania pod wpływem urazu (zwykle przejechania) chrząstkozrostu łonowego, z rozejściem się kości łonowych na mniejszej lub większej przestrzeni (3 — 5 cm), ale bez uszkodzenia dróg moczowych i znaczniejszego uszkodzenia kości miednicy, wskazane jest leczenie operacyjne, czy też zachowawcze?

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie kilku tego rodzaju przypadków nie jest w stanie rozstrzygnąć powyższego zagadnienia, gdyż i w przypadkach operowanych (szew kostny), i nieoperowanych (ustalenie części rozerwanych zapomocą opaski elastycznej na miednicy) wyniki otrzymał naogół dobre. Nawet w przypadkach, w których po wygojeniu się cierpienia pozostawała pewna ruchomość w miejscu spojenia i stały częściowy rozstęp kości łonowych, ostateczny wynik czynnościowy był dobry. Następnie, co do anatomji patologicznej tego cierpienia, to autor upodabnia rozerwanie chrząstkozrostu łonowego u dzieci do oddzielenia urazowego nasady kości długich.

W dyskusji: *Thiéry* i *Maisonnet* uważają, że jakkolwiek przypadki rozerwania spojenia łonowego są dość częste, to jednak tylko bardzo nieliczne z nich dają wskazania do operacji; są to zwykle przypadki ciężkie, z dużem rozejściem się kości łonowych, któremu towarzyszą wówczas często poważnieisze obrażenia kości i stawów miednicy. Ale w przypadkach tych i leczenie operacyjne naogół nie daje wyników pomyślnych.

Wskazania operacyjne w kamicy nerkowej i moczowodowej. (Sur la lithiase rénale — 224 cas, de lithiase rénale et urétérale). Gottlieb. (*Moskwa*). *Journ. d'Urologie XXVIII — Nr. 5, listopad 1929.*

Sprawa kamicy nerkowej a zwłaszcza wskazań do jej leczenia operacyjnego jest znowuż na porządku dziennym, gdyż ocena przypadków, leczonych operacyjnie, a następnie spostrzeganych przez czas dłuższy, niż to się dotychczas praktykowało, bynajmniej nieusprawiedliwia nadziei, pokładanych w leczeniu operacyjnem kamicy nerkowo-moczowodowej. Nawrót pooperacyjny cierpienia, który ma miejsce w 40 — 50% wszystkich przypadków, sprawia, że nawet najbardziej gorący zwolennicy tego rodzaju leczenia zaczynają tutaj ograniczać coraz bardziej wskazania do operacji.

Autor spostrzegał w ciągu ostatnich 6 lat 244 przypadki kamicy nerkowo - moczowodowej, z których operacji dokonano w 116 przypadkach. Częstość występowania kamicy obustronnej wynosi 25 — 30%. Zakażenie dróg moczowych stwierdzono w połowie liczby wszystkich przypadków.

Najczęstszemi przyczynami nierozpoznania cierpienia jako takiego są: 1) brak jakichkolwiek objawów klinicznych do zmian w moczu włącznie, 2) błędna technika zdjęć rentgenowskich — zdjęcie tylko nerki (a kamień siedzi w moczowodzie), wykonanie pyelografji przed zrobieniem zwykłego zdjęcia rentgenowskiego (cień kamienia nie zostanie wówczas wykryty dzięki obecności płynu kontrastowego), niewykonanie pneumopyelografji tam, gdzie zwykłe zdjęcie nie wykazało kamienia, i wreszcie — zdjęcie rentgenowskie tylko jednej strony, zamiast obu. Właściwa technika zdjęcia rentgenowskiego pozwala na wykrycie kamicy nerkowo-moczowodowej w 100%.

Wśród przypadków autora, operowanych względnie wcześnie, przed upływem 3 lat od początku choroby, przeważało jako zabieg nacięcie miedniczki, wśród operowanych zaś później (po 3 latach

przeważało nacięcie i wycięcie nerki. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła 6%.

Przypadki kamicy moczowodowej i kamicy obustronnej dają szczególne wskazania i przeciwskazania do operacji, naogół dosyć dokładnie określone; rokowanie w tych pierwszych jest względnie najbardziej pomyślne. Największym zaś zmianom uległy poglądy na wskazania do operacji w przypadkach kamicy nerkowej jednostronnej. Autor rozróżnia tu cztery postacię.

I. Nosiciele kamieni nerkowych w postaci przewlekłej — kamienie odchodzą samoistnie, czasami wśród objawów kolki nerkowej, czynność wydzielnicza nerki zwykle prawidłowa, kurczliwość miedniczki i moczowodu — zachowana, do zakażenia dochodzi rzadko. Leczenie— zachowawcze, zabieg operacyjny jest przeciwskazany.

II. Kamienie koralowate, stanowiące odlew miedniczki i kielichów — są właściwe miedniczkom o umiejscowieniu wewnątrznerkowem, ze względu na swą małą ruchomość dolegliwości sprawiają niewielkie, do wodonercza i zakażenia doprowadzają rzadko, sprawność nerek jest zachowana. Z zabiegiem należy zwlekać jak najdłużej, gdyż przypadki te z reguły dają nawroty pooperacyjne

III. Kamienie średniej wielkości, pojedyńcze, umiejscowione w miedniczce lub w jednym z kielichów—często powodują powstanie wodonercza, przy braku zakażenia wzrastają powoli, dają klinicznie typowe objawy kolki nerkowej.

IV. Kamienie mnogie różnej wielkości i jeden kamień większy, zamykający ujście kielicha i powodujący powstanie wodonercza częściowego — bólów typowych nie bywa, zakażenia — również. Wskazania do operacji należy dawać w tego rodzaju przypadkach bardzo oględnie.

Rokowanie w kamicy moczowodowej jest o wiele pomyślniejsze niż w nerkowej, gdyż większość kamieni może być usunięta na drodze śródpęcherzowej (we wczesnych okresach), nawroty są rzadkie, a śmiertelność pooperacyjna niewielka.

Co do kamicy nerkowej obustronnej, to tutaj wskazania do operacji trzeba dawać jeszcze oględniej, niż w kamicy jednostronnej — a to głównie z powodu olbrzymiej tendencji do nawrotów.

Współistniejące zapalenie wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego o przebiegu przewlekłym. (L'appendiculo-cholécystite chronique — etude clinique et thérapeutique). Dalsace. *La Presse Méd. Nr. 2, styczeń 1930.*

Na jednoczesne zajęcie wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego nie należy patrzeć jako na fakt przypadkowego współistnienia dwu odrębnych ognisk zapalnych, gdyż cały szereg danych anatomopatologicznych i klinicznych wskazują na ścisły związek przyczynowy, łączący te dwa schorzenia w jedną całość kliniczną. Rozróżniamy tu następujące postaci.

I. Postać z przewagą objawów żołądkowych — uczucie ciążenia w nadbrzuszu, odbijania, mdłości, wymioty, a czasami nawet napady bólowe w nadbrzuszu, zaraz po jedzeniu lub po upływie pewnego czasu.

II. Postać jelitowa — zaparcia na zmianę z rozwolnieniami, bóle brzucha, wzdęcia, mdłości, brak apetytu.

III. Postać o objawach ogólnych — zaburzenie samopoczucia ogólnego, osłabienie, zawroty i bóle głowy, omdlenia, wychudzenie, objawy neurastenji. Stany podgorączkowe przy braku tutaj wyraźnych objawów ze strony przewodu pokarmowego sprowadzają nieraz lekarzy na błędną drogę rozpoznawania początkowej gruźlicy płucnej.

IV. Postać z przewagą objawów bólowych — bóle całej prawej połowy brzucha, od okolicy dolnych żeber do pachwiny, szerzące się do barku prawego, do łopatki, okolicy lędźwiowej, uda prawego, są to bóle tępe, o charakterze stałym, ale zaostrzające się nieraz po błędach dietetycznych, po pracy fizycznej, wstrząśnieniach, w okresie perjodów.

Dodać tu należy, że w niektórych przypadkach objawów podmiotowych nie bywa prawie wcale, a zespół wyrostkowo-pęcherzykowy stwierdza się dopiero przy bardzo dokładnem badaniu.

Przebieg kliniczny tego nierzadkiego i dość ważnego praktycznie zespołu chorobowego bywa wybitnie przewlekły, ciągnący się całemi latami, z zaostrzeniami i okresami zupełnej ciszy.

W przebiegu tym na plan pierwszy wybijają się bądźto objawy wyrostkowe, bądź też — pęcherzykowe, albo też na zmianę — to jedne, to drugie.

Leczenie powyższych stanów chorobowych odbywa się 3 etapami: a) leczenie wewnętrzne przedoperacyjne (ogólna higjena, dietetyka, wody mineralne, hydro- i fizjoterapja); b) leczenie operacyjne— operacja polega tu albo tylko na wycieciu wyrostka robaczkowego (o ile zmiany chorobowe w pęcherzyku są nikłe), albo też zabieg rozciąga się i na pęcherzyk żółciowy (wycięcie, przetoka) — z cięcia *Jalaguiera*, przedłużonego ku górze, albo z dwu różnych cięć; c) leczenie wewnętrzne pooperacyjne, wskazane w każdym przypadku (analogiczne do przedoperacyjnego).

Autor uwagi swoje wypowiada na podstawie spostrzeganych przez siebie 60 odnośnych przypadków, leczonych w myśl wyżej wyłuszczonych zasad z wynikiem bardzo dobrym.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Opieka nad porodem i połogiem. (La surveillance de l'accouchement et du post partum), de Guchteneere R. *Revue Franç de Gynec et d'Obst. Nr. 12 r. 1929.*

Autor opisuje dokładnie sposób prowadzenia porodu i połogu w Zakładzie Położniczym fundacji *Lambert'a* w Brukseli.

Z wymienionych przez autora punktów zwracają uwagę następujące:

Dokładne umycie i odkażenie rąk rodzącej przed wejściem na salę porodową.

Odkażenie sromu i okolicy 3% roczczynem jodu w alkoholu, przed pokryciem sromu sterylizowaną podpaską, nie usuwaną aż do II okresu (ewentualnie zmienianą w razie potrzeby).

Badanie wewnętrzne (jednorazowe) wykonane aseptycznie (w rękawiczce) jest zdaniem autora (po długich rozważaniach) zabiegiem względnie nieszkodliwym. Statystyka *Hauch'a* wskazuje, że w dobrze organizowanych zakładach położniczych badanie wewnętrzne nie powoduje chorobowości w połogu.

W przypadkach pozostania w macicy zrazika łożyskowego, niewielkiego i niepowodującego krwotoku, autor woli przeczekać z wydobyciem ręcznym tych resztek do 3 — 4 dnia połogu, niż wykonywać ten zabieg natychmiast. (Swego dziwnego postępowania autor nie tłomaczy — przyp. refer.).

Przeczyszczanie środkami farmakologicznemi w połogu autor uważa za szkodliwe i zbyteczne, poleca natomiast lawatywy co 48 godzin.

W przypadkach częściowego zatrzymania odchodów należy zalecić położnicy leżenie na brzuchu, powtarzane parokrotnie w ciągu dnia, od 3-ego dnia poczynając, pozycja ta wpływa dobrze na ewent. tyłopochylenie macicy, jak również na elastyczność mięśni brzusznych i wzmocnienie perystaltyki jelit.

Na zakończenie podnosi autor konieczność obserwacji położnicy w późnym połogu co 3 — 4 tygodnie przez 2 — 3 miesiące. Najczęstszemi schorzeniami bywają: zapalenie szyjki macicznej, tyłozgięcie i niezwijanie się macicy. Wczesne leczenie tych schorzeń daje gwarancję szybkiej i stałej poprawy zdrowia.

Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie. (La rachianesthésie en obstétrique). Cheval Max. *La Gynécologie nr. 8, 1929.*

Autor używa dawki 0,1 — 0,12 scurocaine'y w 5% rozczynie do znieczuleń lędźwiowych; technika zabiegu ogólnie znana.

Autor twierdzi, że metoda *Delmas'a* polegająca, jak wiadomo, na gwałtownym rozszerzeniu ujścia zewnętrznego po znieczuleniu lędźwiowym bynajmniej zawsze łatwa nie jest. Raczej ogólne uśpienie chloroformem ułatwia rozszerzenie szyji niż znieczulenie lędźwiowe.

W dyskusji na omawiany temat podniesiono, że metoda *Delmas'a* powodując obkurczenie się macicy czyni często obrót zdecydowanie niemożliwym. Ponadto wspomniano o jednym przypadku śmierci spowodowanym przez znieczulenie lędźwiowe zastosowane podczas cięcia cesarskiego.

Inne głosy zachwalały omawiany sposób znieczulenia.

W sprawie określania czasu porodu. (A propos du determinisme de la parturition). Fruhinsholz A. *La Presse Médicale Nr. 94, 1929.*

Autor przenosi punkt ciężkości w sprawie etjologji rozpoczęcia czynności porodowej na hormonalną czynność jajnika. Tak dane doświadczalne nad zwierzętami, jak dane i spostrzeżenia kliniczne uprawniają autora do następujących wniosków:

1. Doświadczenia nad zwierzętami każą przypuszczać, że czynnikiem wywołującym poród jest wydzielina tylnego płata przysadki mózgowej, której działanie hamowane jest w czasie ciąży przez wydzielinę ciałka żółtego, w końcu ciąży przestaje działać ciałko żółte, a wraca do swych praw wydzielina pęcherzyka *Graafa*, dochodząc do szczytu w momencie rozpoczęcia czynności porodowej.

2. Spostrzeżenia kliniczne zgadzają się znakomicie z przypuszczeniem, że czynność jajnika w sensie wydzielania hormonu pęcherzykowego nie znika w czasie ciąży, zaznaczając swoje działanie w początkach ciąży (napr. skłonność do poronień w okresach miesiączkowych) i w jej końcu; w środkowych miesiącach hamujące działanie ciałka żółtego występuje najsilniej.

3. Rytm czynności jajnikowej może, jak się zdaje, zaznaczać się: w określeniu daty porodu; w czasie trwania ciąży (u osób z rzadszemi menstruacjami — dłuższa ciąża) w okresie utrzymywania in utero martwego jaja (aż do okresu perjodowego).

4. Rozpoczęcie czynności porodowej jest, jak się zdaje, wynikiem przygotowania hormonalnego, podobnego do przygotowania do menstruacji.

5. Należy mieć nadzieję, że w niedalekiej przyszłości uda się zapomocą prób hormonalnych i serologicznych ściśle przepowiedziec datę porodu na parę dni przedtem.

6. Oczywista mechanizm hormonalny wywołania czynności porodowej nie jest jedyny, czynniki psychiczne czy fizyczne mogą mieć nie mniejsze znaczenie.

7. Czynność porodowa pobudzona przez czynności hormonalne utrzymuje się nadal dzięki warunkom ściśle mechanicznym, a mianowicie dzięki wpływowi bezpośredniego kontaktu pomiędzy jajem płodowym, a kanałem ródnym. Stosunki te upodobnić można do czynności gruczoła mlecznego, pobudzonego również przez hormony, ale podtrzymywanej i regulowanej przez wpływy mechaniczne.

Mikrobiologja pochwy. (Etude sur la microbiologie du vagin). Hardouin P. *Paris Médical Nr. 31, 1929.*

Autor przypomina w długim i starannie opracowanym artykule ogólnie znane dane z mikrobiologii pochwy.

Jak wiadomo flora pochwy zdrowej kobiety składa się z:

1) pałeczki pochwowej (*Döderleina*), której cechy bakterjologiczne wyglądają jak następuje:

a. ścina mleko i wywołuje odczyn kwaśny,
b. na pożywkach stałych wzrasta w formie postrzępionych kolonji,
c. na buljonie początkowo rośnie, jako ziarniak, poczem zjawiają się postacie pałeczkowate,
d. wymaga środowiska kwaśnego, nie rozwijając się zupełnie albo b. słabo w środowisku choćby słabo zasadowym,
e, jest Gramm — dodatnia.

2) z pałeczek Gramm dodatnich, o typie bacillus pseudo-diphetériticus,

3) z pałeczek okrężnicy,

4) z bardzo licznych i rozmaitych drobnoustroji, żyjących saprofitycznie, wśród których wymienić należy: C o m m a v a r i a b i l e, względny tlenowiec. B a c i l l u s t h é t o i d u s, Gramm ujemny, krótki, owalny, mocno się barwiący, beztlenowiec, rosnący w kolonjach wypukłych, soczewkowatych; S t a p h y l o c o c c u s, względny tlenowiec, S t r e p t o c o c c u s (zwany przez *Loeser'a* — parastreptococcus), B. T e t r a g e n e s, i wreszcie komórki drożdży.

Niektóre z tych drobnoustroji rosnących saprofitycznie mogą przemieniać się w odpowiednich warunkach (połóg patologiczny, uszkodzenia pochwy i szyjki) w drobnoustroje chorobotwórcze.

Drobnoustroje istotnie patologiczne: paciorkowce i gronkowce złociste spotykają się niekiedy od czasu do czasu, choć w małych ilościach, również w pochwie osób zdrowych.

Wydzielina prawidłowa pochwy jest wybitnie bakterjobójcza; niektórzy autorowie wiążą tę własność z wysoką zawartością kwasu mlekowego w wydzielinie pochwowej, co z kolei powoduje odczyn kwaśny Ph = 4,5 (przeciętnie).

Kwas mlekowy wytwarzać się ma z glikogenu, którego najwyższa zawartość, określona według metody *Pflüger'a* i *Ebden'a* wynosi 0,1341 mlgramów.

Autor dzieli czystość (według *Lesser'a*) na 4 stopnie:

1. same pałeczki *Döderlein'a*.
2. znacznie mniej pałeczek pochwowych, natomiast liczne ziarniki i nieco beztlenowców,
3. prawie zupełnie znikły pałeczki *Döderleina* natomiast mnóstwo występuje paciorkowców (tlenowców) b. tetragenes, b. pseudo diphteriticus, postacie beztlenowe stają się liczniejsze w miarę wzrastania zakażenia.
4. wydzielina ropna z drobnoustrojami chorobotwórczemi.

Znaną jest naogół rzeczą, że u kobiet zdrowych przeważa typ I stopnia czystości, natomiast stopień czystości II spotyka się u kobiet z zaburzeniami wydzielania gruczołów dokrewnych z niedorozwojem narządu płciowego, z blednicą i ogólnem osłabieniem; III stopień czystości występuje u osób cierpiących na owrzodzenie śluzówki pochwy, czy części pochwowej ewent. na zapalenie szyjki.

IV stopień stwierdza się w ciężkich zapaleniach i zakaźnych chorobach narządu płciowego.

Wiadomo również, że kwasota pochwy zmniejsza się w miarę wzrastania zanieczyszczenia pochwy innemi drobnoustrojami poza pałeczkami *Döderleina*.

W czasie ciąży przeważa jako typ I stopień czystości pochwy. *Lehmann* i *Lahm* przypisują to działaniu ciałka żółtego wzmagającego ilość glikogenu w pochwie.

Oczywista, sprawa zmienia się w połogu, zwłaszcza gdzie istnieją pozostawione resztki jaja płodowego. Bakterje ściśle chorobotwórcze są prawie wyłącznie pochodzenia zewnętrznego, wprowadzone do pochwy przy sposobności badania lub zabiegu. Wytworzenie się postaci chorobotwórczych z drobnoustroji saprofitycznych ma najczęściej miejsce w połogu z pozostawionemi po porodzie resztkami jaja płodowego.

Stąd wnioski praktyczne:

1. Odkażenie pochwy osoby ciężarnej, względnie rodzącej zdrowej jest niepotrzebne, a może nawet szkodliwe ze względu na zniszczenie biologicznej samoobrony pochwy.

2. Zapalenie pochwy czy szyji, związane z ubytkiem tkanki należy leczyć w czasie ciąży, jakkolwiek nie można wyłączyć możliwości samowyleczenia.

3. Środki dezynfekcyjne winny być łagodne, aby utrzymać możliwie własności samoobronne pochwy; wydaje się wskazanym używać naprz. 5% roztczynu kwasu mlekowego, jako środka najbardziej zbliżonego do biologicznych warunków.

4. Dokładne opróżnienie macicy w czasie porodu jest do pewnego stopnia rękojmią, że saprofity mieszkające w pochwie nie staną się bakterjami chorobotwórczemi.

Leczenie przewlekłej rzeżączki kobiecej zapomocą injekcji podskórnych żywych hodowli gonokoków (na zasadzie doświadczenia zdobytego z 1500 injekcji). (Le traitement de la gonococcie chronique de la femme par les injections sous-cutanées de cultures vivantes de gonocoques d'aprés l'experience de 1500 injections environ). Loeser Alfred. *Revue Franç. Gynecol. d'Obster Nr. 12, 1929.*

W odczycie swym, wygłoszonym w Paryskim Towarzystwie Ginekologicznem, autor podniósł zalety swego sposobu postępowania.

Polega ona na wyhodowaniu paru świeżych szczepów gonokokowych z ostrych przypadków rzeżączki przeszczepianych nie więcej jak 3 — 4 razy co 48 godzin za każdym razem, następnie kilka szczepów łączy się razem, rozsiewając je na wspólnym podłożu, na skośnym agarze z ascites. Teraz szczepionka jest gotowa: zmywa się powierzchnię agaru 3 cm^3 fizjologicznego roztczynu soli i b e z p o ś r e d n i o stąd wciąga sie do strzykawki i wstrzykuje się chorej (choremu) podskórnie 1 cm^3. Dawka taka wynosi około 5 — 6 miljardów drobnoustroji. Wstrzykiwać należy powoli, wycofując igłę tak, jak przy znieczulaniu miejscowem.

Miejscowo organizm reaguje dość silnie, nigdy jednak szkodliwie, to znaczy nigdy nie dochodzi ani do ropni, ani do ogólnego zakażenia gonokokowego. Drobnoustroje umierają zazwyczaj szybko i tylko endotoksyny, dostając się do krwi obiegu, działają leczniczo.

Zdaniem autora jego sposób leczenia pomaga w tych przypadkach, gdzie już zawiodły uprzednio próbowane inne metody lecznicze. Oczywista przedewszystkiem wchodzą tu w grę przypadki przewlekłego zapalenia przydatków i i uporczywe zapalenie szyjki macicznej. Kryterjum ostatecznego wyleczenia jest zdaniem autora trzykrotnie ujemny wynik badania wydzieliny na obecność gonokoków, wykonanego po miesiączce, jak również brak nawrotów po wznowieniu życia małżeńskiego (Kryterjum powyższe wydaje się niedostateczne— przyp. refer.). Oceniając w ten sposób swój materjał autor twierdzi, że wyleczenie całkowite wystepuje po jednej do trzech injekcji, wykonauych w odstępach dwu tygodniowych. Odsetek tych wyleczeń wynosi 60 — 70% przypadków.

(Autor nie bierze pod uwagę poważnego niebezpieczeństwa, jakie grozić może pacjentce, jeżeli wstrzykiwana hodowla nie jest czystą hodowlą gonokokową, ale zawiera domieszkę innych drobnoustroji — naprz. ropotwórczych. Wiadomo, że same gonokoki nie rozwijają się prawie zupełnie poza błoną śluzową, ale też wiadomo, jak trudno uzyskać i uchować czystą hodowlę dwoinek *Neissera*, wszak przy metodzie *Lessera*, w każdym razie ostatni przeszczep sprawdzany na czystość nie jest. To też metoda omawiana stawia bardzo wysokie wymagania w stosunku do bakterjologicznej części pracy— przyp. referenta).

Dwa przypadki wylewu krwawego do jamy otrzewnowej, spowodowanego przez twarde nowotwory jajnika (mięsaki). (Deux observations d'hématocele cataclysmiques par tumeur solide de l'ovaire). Cadenat E. M- Leydet P. *La Gynécologie Nr. 8, 1929.*

Autorowie opisują dwa przypadki mięsaka jajnika, w których przyszło do znacznego wylewu krwawego do jamy otrzewnej. Na zasadzie powyższych obserwacji autorowie wysnuwają następujące wnioski:

1. Nowotwory złośliwe jajnika mogą być przyczyną obfitych krwotoków dootrzewnowych zupełnie samoistnych, bez urazu i bez skrętu.

2. Krwotoki te imitować mogą klinicznie pękniętą ciążę pozamaciczną.

3. Rokowania omawianych krwotoków jest wątpliwe i naogół niepomyślne.

4. Przyczyną krwawienia może być samoistne pęknięcie samego guza lub jednego z naczyń przebiegających na jego powierzchni.

5. Leczeniem jedynem oczywista jest natychmiastowa operacja, trudna technicznie zazwyczaj z powodu warunków anatomicznych samego nowotworu.

Leczenie zakażenia połogowego za pomocą injekcji dożylnych jałowej ropy. (Traitement de l'infection puerpérale par le pus aseptiqué en injections intraveineuses). Devraigne L. *La Gynécologie Nr. 8, 1929.*

Autor donosi o 51 przypadkach zakażenia połogowego, leczonych zapomocą dożylnego podawania jałowej ropy. Wbrew pierwotnym obawom leczenie to nie wywołuje powikłań pod postacią wstrząsu, a jest bardziej czynne niż podawanie tejże ropy domięśniowo lub podskórnie. Dawka dla lżejszych przypadków wynosiła 2 cm^3, dla cięższych — 5 cm^3, w injekcjach codziennych, o ile temperatura przewyższała 38,5 i co drugi dzień, o ile spadała poniżej tej granicy. W przypadkach lekkich leczenie wyżej omawiane daje znakomite wyniki, natomiast wśród przypadków ciężkich (posiew z krwi dodatni) w jednym injekcje dożylne jałowej ropy pozwoliły na polepszenie zdrowia o tyle, że uprzednio ujemna próba wywołania abcés de fixation stała się dodatnią i, w wyniku dłuższego leczenia chora wyzdrowiała. Reasumując autor stwierdza, że omawiane leczenie jest zupełnie nieszkodliwe (tak pod względem mechanicznym zaburzeń krążenia, jak pod względem biologicznym), a przynosi niekiedy znaczną poprawę w stanie zdrowia. Działanie jałowej ropy, jakkolwiek przejściowe, jest zazwyczaj bardzo energiczne.

T. Zawodziński,

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Pozaczerwone promienie w dermatologji. (Les rayons infra rouges. Quelques données physiologiques et thérapeutiques. Les infrarouges en dermatologie). E. i H. Biancani, *Revue franc. de Dermatologie et de Vénér. 1929 Nr. 5.*

Promienie pozaczerwone należy podzielić na 2 części: jedną bliższą widmu czerwonemu o długości fali 0.75 — 1.5, tej części widma skóra nie absorbuje, absorbuje natomiast drugą część widma o fali dłuższej niż 1.5. Promienie pozaczerwone zaabsorbowane przez skórę przekształcają się w niej w ciepło, powodują rozszerzenie naczyń. Przyśpieszają więc one w skórze procesy przemiany materji, polepszają odżywienie skóry, przyśpieszają resorbcję wszelkich wysięków i nacieków, a tem samem zmniejszają bolesność.

Autorzy polecają stosować naświetlania promieniami pozaczerwonemi w przypadkach: wszystkich t. zw. atonicznych, źle gojących się ran i owrzodzeń (ulcus varicosum, owrzodzenia po radzie i po rentgenie, głębokie oparzenia 3-go stopnia, owrzodziałe odmroziny, zgorzel, owrzodzenia na tle zaburzeń troficznych, przetoki). W zakaźnych schorzeniach skóry promienie pozaczerwone oddają również znaczne usługi, powodując ograniczenie infekcji i szybszą resorbcję nacieków; autor poleca stosować je w czyraczności, w abscesach, guzach gruźliczych i ropnych zakażeniach skóry, jak impetigo, sycosis. W grupie chorób zakaźnych skóry wskazanem jest łączyć te naświetlania z naświetlaniami promieniami pozafiołkowemi. W leczeniu innych schorzeń skóry promieniami promienie pozaczerwone mają znaczenie pomocnicze.

Zjawiska wstrząsu w pokrzywce. (Les phénomenes de choc dans l'urticaire). Pasteur Vallery — Radot, L. Rouquès, *Ann. de Derm. et de Syph. 1929, Nr X.*

Autor dzieli wszystkie pokrzywki na 2 typy: 1) Pokrzywki przez uczulenie, typu anafilaktycznych i 2) Pokrzywki przez wstrząs. Podział ten ma znaczenie głównie teoretyczne, gdyż w praktyce wyjątkowo tylko można oznaczyć typ pokrzywki, posługując się sposobem *Prausnitz'a i Küster'a*, biernego przeniesienia uczulenia na skórę ludzką. Wszystkie inne sprawdziany zawodzą. Autor rozpatruje następujące grupy pokrzywek:

1. Pokrzywki pokarmowe są pochodzenia trawiennego, zwłaszcza u dzieci, przebiegają często z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, gorączką i niedomogą wątroby, lub są pokrzywkami skutkiem podawania nieodpowiednich pokarmów (poziomki, raki, jaja i t. d.).

2. Pokrzywki lekowe występują najczęściej po antypirynie, dalej po aspirynie, chininie, pyramidonie i in., po podaniu obcych surowic, wreszcie często po arsenobenzolach.

3. Pokrzywki pasorzytnicze są skutkiem obecności ascaris, tasiemców, oxyuris lub ukąszeń owadów, czasem występują w przebiegu malarji.

4. Pokrzywki skutkiem wstrząsów psychicznych.

5. Pokrzywki skutkiem wysiłków fizycznych.

6. Pokrzywki skutkiem zadziałania na skórę zimna i 2 przypadki opisane w literaturze skutkiem ciepła.

Pokrzywka często łączy się z innemi schorzeniami uczuleniowemi, jak gorączka sienna, astma i t. d. Objawy t. zw. crises hémoclasique (obniżenie ciśnienia krwi, leukopenja, zmiany krzepliwości i t. d. zwykle towarzyszą napadom pokrzywki, nie są jednak przyczyną zmian skórnych, lecz objawem równorzędnym. Wykazano częste występowanie crises hém. po pojawieniu się zmian skórnych, a niekiedy zupełny brak zmian w krwi. Oprócz powyższych znajdujemy w przebiegu pokrzywki niekiedy zaburzenia w układzie wago-sympatycznym, endo-

krinjalnym (hyperthyreoidismus), niedomogę wątroby, niedomogę wydzielniczą zaczynów przewodu pokarmowego, obniżenie rezerwy alkalicznej, infekcje.

Leczenie pokrzywek w przypadkach, w których znany jest czynnik, wywołujący wybuchy, polega na odczuleniu organizmu. Odczulić organizm można przez stosowanie per os lub doskórnie bardzo małych dawek czynnika szkodliwego. O ile czynnik szkodliwy jest nam nieznany, leczenie polega również na odczuleniu organizmu przez stosowanie peptonu poliwalentnego (0,5) doustnie na godzinę przed każdym posiłkiem. Posiłki należy ograniczyć do trzech na dobę. Równoczesnie leczenie pankreatyną (0,5 w czasie jedzenia) sprzyja szybszemu wyleczeniu. Po za tem zaleca autor autohemoterapję i autoseroterapję, a zwłaszcza podskórne wstrzykiwania peptonu *Witte'go* 5% od 2 do 5-ciu cm³ codziennie lub co 2-gi dzień, pozatem dożylne wstrzykiwauia calc. chlor. 10% 10 — 10 cm. sz.; polecane przez *Ravaut* wstrzykiwania dożylne natr. hyposulfur. 20% 5 — 20 centym. sześć.

Środek ten stosować można i doustnie, o ile nie wywołuje zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Poza powyższemi wymienia autor szereg środków, stosowanych przez innych lekarzy w przypadkach pokrzywki, przeważnie mało skutecznych, jak: dożylne wstrzykiwania natr. carbon., mleka, wyciągi gruczołowe, gliceryna, lecytyna...

Ostatnio stosowany przez *Gougerot, Peyre* i innych eozynat cezu dał dobre wyniki w leczeniu pokrzywki. Stosowana przez autora ephedryna nie dała dobrych wyników. W przypadkach pokrzywki z zimna dobre wyniki dają podskórne wstrzykiwania adrenaliny w bardzo małych dawkach.

Rumień wielopostaciowy przebiegajacy ze streptococcemją. (Erythéme polymorphe avec streptococcémie). L. de Gennes i Mlle Dreyfus-See. *Bullet. el Mém. de la Soc. Méd. des Hopit. de Paris, 1929 Nr. 25.*

Erythema exsudativum multiforme jest schorzeniem niewątpliwie zakaźnem. Czasem towarzyszy chorobom zakaźnym takim jak dur, dyfteryt i t. d. Posiewy z krwi zwykle są jałowe, wyjątkowo znane są w literaturze hodowle pneumococ. lub paciorkowców, wyhodowane z krwi w przypadkach rumieni wysiękowych wielopostaciowych.

Autor podaje opis przypadku rumienia wysiękowego w otoczeniu kolan, łokci, na policzkach i częściowo na karku u 32 letniej kobiety, w którym oprócz zmian skórnych był silny szczękościsk, nie pozwalający stwierdzić przypuszczalnego stanu zapalnego migdałków, bóle stawowe w łokciach i kolanach i stan podrażnienia w okolicy wyrostka robaczkowego. Wykwity skórne miały charakter częściowo obrączkowy z podniesieniem naskórka skutkiem nagromadzenia się wysięku. Po wysianiu 20 cm.³ krwi na buljon z glukozą i płynem przesiękowym wykazano po 24 godzinach w hodowli obecność paciorkowców nie hemolitycznych. Powtórnie wykonane badanie krwi na obecność paciorkowców dało wynik ujemny.

Autor twierdzi, że w tych przypadkach drobnoustroje znajdują się w krwi tylko przejściowo przez bardzo krótki okres czasu i że należą do typu drobnoustrojów małozłośliwych. Tem tłumaczy się zwykle pomyślne zejście tych przypadków.

Wpływ leków radjoaktywnych na łuszczycę i łuszczycowe schorzenia stawów. (L'action de la médication radio-active thorium X — sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques). André Léri i J. A. Lièvre. *Bullet. et. Mémoires de la Societ. Méd. des Hopitaux 1929, Nr. 30.*

Chora lat 36 cierpi na uogólnioną łuszczycę od 10-ciu lat. Leczona była różnemi, powszechnie używanemi sposobami i poza nieznaczną poprawą po naświetlaniu promieniami R. nigdy nie było żadnej remisji w nasileniu stanu chorobowego. Od 6-ciu lat przyłączyło się podostre zapalenie stawów. Chora w chwili zgłoszenia się do autora miała prawie całą skórę pokrytą grubemi wykwitami łuszczycowemi, ponadto silny obrzęk i bolesność stawów kończyn i kręgosłupa nie pozwalał na wykonywanie najmniejszych ruchów. Autor ze względu na zmiany stawowe zastosował co 7 dni domięśniowe wstrzykiwauia Thorium X w dawkach 50, 100 i 150 mikrogramów. Po 5-tym wstrzyknieciu bóle stawowe znacznie zmniejszyły się, po 8-ym, ostatnim z pierwszej serji wstrzyknięć, możliwe było wykonywanie minimalnych ruchów w stawach. Po 7-tygodniowej przerwie podjęto drugą serję wstrzyknięć, w czasie której stan chorej znacznie się poprawił, tak, że chora wstała i mogła pracować. Równocześnie ustępowały wykwity na skórze. W końcu drugiej kuracji utrzymywały się tylko resztki niektórych wykwitów. Autorzy stosowali to samo leczenie w około 20 przypadkach łuszczycy bez zmian stawowych również z dobremi wynikami.

Fizjoterapja wyprysku. (Le traitement physiothérapique des eczémas), E. Juster. *Journal de Med. de Paris 1929, Nr. 27.*

Autor poleca leczenie wyprysku czynnikami fizykalnemi. W wypryskach ostrych niezakaźnych dobre wyniki można uzyskać, stosując promienie X bez filtrów lub tylko z małemi filtrami w dawkach od 1 do 4 co 2 — 4-ch tygodni. W wypryskach bakteryjnych wyniki są też czasem dobre. W wypryskach chronicznych lichenifikowanych promienie pozafiołkowe w dawkach wzrastających lub promienie X sprowadzają niekiedy znaczną poprawę, zwykle łagodzą swędzenie.

Wrzody mięszane. (Les Chancres mixtes). G. Milian. *Paris Méd. 1929. Nr. 50.*

W owrzodzeniach mieszanych, skutkiem równoczesnego zakażenia można najczęściej wykazać obecność bakterji *Ducrey'a* i krętków bladych. Obraz kliniczny przedstawia się rozmaicie, zależnie od tego która infekcja była wcześniejsza. Owrzodzenie przybiera zwykle najpierw wszystkie cechy wrzodu miękkiego, gdyż okres inkubacji tego zakażenia trwa zaledwie kilka dni.

Po 2 — 4 tygodniowem trwaniu owrzodzenie zmienia cechy, staje się bardziej nacieczone, oczyszcza nieco i przybiera kształt bardziej regularny. Autor klinicznie rozróżnia kilka postaci wrzodu mieszanego: 1) postać, w której przeważają cechy wrzodu twardego lub 2) cechy wrzodu miękkiego; 3) owrzodzenia olbrzymie, 4) liczne owrzodzenia miękkie, wśród których jedno jest mieszanem i 5) bardzo rzadka postać wrzodu twardego, wtórnie zakażonego bakterjami *Ducrey'a*. Możliwe jest również zakażenie wrzodu miękkiego krętkami blademi, krążącemi od czasu do czasu w krwiobiegu u osobni-

ków z kiłą uprzednio nabytą. W tym wypadku owrzodzenie może przybrać po-tać kiłowej grudki owrzodziałej, owrzodzenia olbrzymiego lub fagedenicznego. Jakkolwiek autor przyznaje teoretycznie możliwość wtórnego zakażenia zmian kiłowych bakterjami *Ducrey'a*, to jednak zaledwie kilka takich przypadków znanych jest w literaturze.

Leczenie wrzodów mięszanych polega na przemywaniu mieszaniną alkoholu i eteru, przypaleniu zinc. chlor., zasypywaniu antyseptycznemi zasypkami, wreszcie na stosowaniu dożylnych wstrzyknięć Dmelcos. Równocześnie należy przeprowadzić leczenie przeciwkiłowe.

Kiła bez owrzodzenia. (Syphilis sans chancre). Dr Francois Morel. *Paris Méd. 1929, Nr. 52.*

Autor podaje krótki rys historyczny zapatrywań i poglądów na zakażenie kiłą bez okresu wrzodu pierwotnego (syphilis d'emblée). Poglądy doby dzisiejszej przyznają możliwość takiego zakażenia. Za istnieniem takiego zakażenia przemawiają teoretyczne rozważania co do zakaźności krwi u kiłowych, w której stwierdzono obecność żywych krętków, ponadto szereg doświadczeń na zwierzętach i nieliczne na ludziach, u których udało się przenieść kiłę przez dożylne szczepienia materjałem, zawierającym krętki. Najczystszym przykładem kiły bez owrzodzenia jest kiła wrodzona. Cały szereg przypadków kiły bez owrzodzenia opisano w literaturze jako zawodowe zakażenia u lekarzy i akuszerek i jako zakażenia skutkiem przetaczania krwi. Pierwszym objawem klinicznym kiły bez owrzodzenia pierwotnego jest zwykle wysypka. Okres wylęgania takiej kiły jest skrócony w stosunku do okresu wylęgania kiły zwykłej, co tłumaczy autor brakiem alergicznego okresu, jaki istnieje zwykle podczas tworzenia się wrzodu pierwotnego.

Dr Zofja Jastrzębska.

NOWOTWORY.

W sprawie śródbłoniaków złośliwych. (Contribution à la connaissance des réticulo-endotheliomes malins) J. M. Jorge et D. Brachetto-Brian. *Bulletin de l'assoc, franc. p. l'étude du cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

Autorzy opisują przypadek nowotworu migdałka prawego u 17-letniego osobnika. Znajdował się on w łączności z obrzmiałemi znacznie gruczołami szyji i tworzył guz wielkości mandarynki. W utkaniu nowotworu stwierdzono obok komórek typu limfocytarnego duże, dość jasne elementy łączące się w zespólnioną siateczkę; poszczególne komórki, lub też ich grupy były otoczone delikatnemi, srebrzącemi się włókienkami. Autorzy uważają, iż w opisanym przypadku mają do czynienia z rozrostem o charakterze nowotworu złośliwego, biorącym swój początek z tkanki siateczkowo-śródbłonkowej.

Badania nad zakażeniem nowotworów doświadczalnych. (Recherches sur l'infection des tumeurs expérimentales par voies exogene et endogène). G. Cantanni. *Les Néoplasmes T. VIII, Nr. 6, 1929.*

Wykrywanie drobnoustrojów w nowotworach zwierzęcych jest często podstawą do wyciągania mylnych wniosków o znaczeniu patogenetycznem bakterji dla spraw nowotworowych. Wychodząc z tego założenia autor starał się zbadać warunki i częstość zakażania gruczolakoraka myszy. W pierwszej serji doświadczeń okazało się (254 myszy) że: 1) o ile skóra nie była zniszczona, nowotwór pozostawał jałowym z wyjątkiem 2 — 6% przypadków, 2) w okresie owrzodzenia w 60% przypadków rak ulegał zakażeniu, przyczem drobnoustroje łatwo przenikały poprzez środkowe masy martwicze guzów. W drugiej serji doświadczeń C. badał warunki zakażenia wewnętrznego i w tym celu wstrzykiwał myszom dootrzewnowo 0.25 cm osłabionej hodowli ziarenkowca, znajdującego się zwykle na skórze tych zwierząt. Badanie guzów w różnych odstępach czasu (od 12 — 48 godz.) wykazało, że w 38 przypadkach na 72 nowotwory nie były jałowe, przyczem w 13 przypadkach udało się wyhodować ziarenkowce nawet z narządów wewnętrznych; krew stale była jałowa.

Badania autora dowodzą zatem, że nowotwór jest miejscem najbardziej podatnem dla kolonizacji bakteryjnej i że wykrywanie drobnoustrojów w tkankach nowotworów bynajmniej nie upoważnia do formułowania twierdzeń o znaczeniu etjologicznem bakterji dla procesów nowotworowych.

Radjoterapja raka szyji macicy w ośrodku przeciwrakowym Villejuif. (La Radiothérapie du Cancer du col de l'utérus au Centre anticancéreux de la Banlieue Parisienne Villejuif). S. Laborde et Yves-Louis Wickham. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'étude du Cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

W pracy autorów znajdujemy statystykę i omówienie wyników leczenia radem przypadków raka macicy w okresie czasu od r. 1921 — 1926. W ogólnej liczbie 173 przypadków obejmujących 26 raków podstawnokomórkowych, 18 płaskokomórkowych, 112 o typie przejściowym, 6 gruczolakoraków i 11 z nieustalonem rozpoznaniem histologicznem, było 37 przypadków wyleczonych (brak nawrotów conajmniej w ciągu 5 lat) t. j. średnio 21,38%. Wynik leczenia zależał przedewszystkiem od stopnia rozwoju raka w chwili rozpoczęcia zabiegów, tak np. po 6 latach raki w I okresie (naciek ograniczony do szyjki) dały 80% wyleczeń, raki w II okresie (nacieczenie macicy z zachowaniem jej ruchomości) 54%, w III okresie (nacieczenie przymacicza, unieruchomienie macicy) tylko 21,2% w IV zaś (sprawa uogólniona) — 0%. Po dokładnem omówieniu techniki zabiegów autorzy przechodzą do sprawy wrażliwości różnych typów raków i twierdzą, że 1) raki podstawnokomórkowe są wrażliwsze na rad niż płaskokomórkowe i że 2) raki gruczołowe nie wydają im się być bardziej od innych odpornemi na energję promienistą.

Dużą przeszkodą w leczeniu są miejscowe zakażenia, które należy zwalczać szczepionkami i odpowiedniemi surowicami. Fakt leczenia we Francji małej liczby chorych w I okresie autorzy tłomaczą zbyt częstemi zabiegami chirurgicznemi, które w innych krajach nieomal zupełnie zostały zarzucone i zastąpione radioterapją.

Przetoczenie (przez nieopatrzność) krwi rakowatej osobnikowi nierakowatemu. (Transfusion sanguine faite par mégarde avec du sang provenant d'une cancéreuse). M. P. Mauclaire *Bull. de l'assoc. franç. p. l'etude du Cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

Autor opisuje ciekawy przypadek przelania krwi osobnika rakowatego osobnikowi nierakowatemu. U kobiety l. 40 cierpiącej z powodu krwotoków macicy wykonano transfuzję krwi pobranej od jej 65 l. matki, która 3 lata temu była operowana z po-

wodu raka piersi. W krótkim czasie chora powróciła do zdrowia i obecnie po 5 latach nie stwierdza się u niej żadnego nowotworu, pomimo tego, że matka jej zmarła po roku z powodu nawrotu powstałego już 3 miesięce po pobraniu krwi.

Odczyn biologiczny śledziony wywoływany wstrzyknięciem krwi szczurów z guzami. (Une réaction biologique de la rate provoquée par le sang de les rats porteurs de tumeurs.) A. H. Roffo. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'étude du Cancer T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

W celu wykazania wpływu krwi szczurów z nowotworami na śledzionę zwierząt normalnych autor przeprowadził doświadczenia ze 156 szczurami. W jednej grupie doświadczeń wstrzykiwał zwierzętom podskórnie krew szczurów z mięsakiem wrzecionowatokomórkowym, w drugiej z gruczolakorakiem, w trzeciej, kontrolnej, krew normalną. Następnie zabijał szczury w różnych odstępach czasu (od 1 do 12 dniach) i ważył śledzionę. Stosunek $\frac{\text{wagi śledziony}}{\text{wagi szczura}} \times 100$ był zawsze większy u zwierząt kontrolnych, wynosił po 3 dniach 0,42, u szczurów z krwią mięsakową 0,62, z krwią rakową 1,33, również stosunek $\frac{\text{wagi szczura}}{\text{wagi śledziony}}$ ulegał znacznemu podwyższeniu np. u szczurów kontrolnych równał się po 4 dniach $^1/_{237}$, u szczurów z krwią mięsaka $^1/_{180}$, z krwią rakową $^1/_{177}$. Różnice te utrzymywały się dość długo, gdyż w ciągu 12 dni stosunek $\frac{\text{wagi śledziony}}{\text{wagi szczura}} \times 100$ wahał się u zwierząt kontrolnych w granicach do 0,50, podczas gdy u szczurów z krwią nowotworową koło 1,0. Ze względu na to, że podobne zmiany możnaby ewentualnie otrzymać z krwią ludzi rakowatych, opisana wyżej reakcja biologiczna może mieć pewne znaczenie djagnostyczne.

Przypadki nowotworów złośliwych wytworzonych przez przeszczepy zarodkowe. (Nouveaux cas de tumeurs malignes, créés par des greffes embryonnaires). N. Petroff et N. Krotkina. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'étude du cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

W jednej serji doświadczeń wprowadzano dootrzewnowo 26 szczurom miazgę zarodkową z roztworem indolu 1 : 1000, a następnie wstrzykiwano podskórnie indol w stężeniu 1:1000. U jednego szczura rozwinął się pod koniec 2 roku mięsak różnokształtnokomórkowy z przerzutami w przeponie i gruczołach chłonnych zaotrzewnowych, nowotwór ten udało się z łatwością przeszczepić na inne zwierzęta.

W drugiej serji doświadczeń, obejmujących 97 szczurów wprowadzano miazgę zarodkową w roztworze kwasu arsenowego od 1:100.000 do 1:200.000, prócz tego stale dodawano zwierzętom do mleka płyn *Fowlera*. U jednego szczura rozwinął się mięsak pęcherzykowaty (sarcoma alveolare) bez przerzutów. Reasumując obecne i poprzednie swoje wyniki, autorzy podają, że nielicząc torbieli potworniakowych udało im się wywołać na ogólną liczbę 148 zwierząt 1 mięsaka zapomocą indolu i 3 zapomocą arsenu. Przyczyną powstania nowotworów był arsen i indol, gdyż doświadczenia kontrolne, w których wstrzykiwano bądź samą miazgę, bądź też miazgę z różnemi ciałami chemicznemi (kwas mlekowy, smoła, srebro koloidalne) nie dały rezultatu. Autorzy nie rozstrzygają pytania, co było punktem wyjścia mięsaków, czy tkanka zarodkowa, czy też otaczająca tkanka ziarninowa.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Izolowane porażenie przedsionkowe. (La paralysie isolée du vestibule). R. Caussé. *Annales des mal. de l'oreille, T. 48, Nr. 2, styczeń 1929.*

Przypadki izolowanego porażenia przedsionkowego są zwykle jednostronne i dosyć rzadkie Autor, od czasu gdy w r. 1910 *Beck* zwrócił na to schorzenie uwagę, naliczył ich 23 w piśmiennictwie. Są one wszakże pewno nieraz przeoczane. Praktykowi narzuca się przedewszystkiem zespół objawów menierowski. Bliższe badanie wykazuje samoistny oczopląs poziomy w stronę zdrową i padanie w stronę chorą, t. j. w tą, po której badanie rotacyjne i kaloryczne wykazuje zupełną niepobudliwość. Równocześnie zaś badanie nerwu ślimakowego, wykazuje słuch zupełnie prawidłowy. Na wspomnianych 23 przypadków, przeważająca ilość wykazuje pochodzenie luetyczne (14), a to nietylko z powodu kiły świeżej, lecz i starej, a nawet wro.

dzonej. Dwa przypadki wystąpiły w przebiegu białaczki, jeden po znieczuleniu lędźwiowem. Pozostałe 6 przypadków są etjologicznie niejasne. Anatomopatologiczna ocena nie jest wyjaśniona. Zmiany zapalne oponowo-nerwowe ściśle umiejscowione i wybroczyny zajmują w dyskusji pierwsze miejsce szczególnie w grypie kiłopochodnej; w przypadkach białaczkowych myśli się przedewszystkiem o krwotoku, po punkcji lędźwiowej o zmianach zapalnych, znajdując tu poparcie w analogicznych zmianach porażennych innych nerwów. Różniczkowe rozpoznanie musi oddzielić porażenie izolowane od porażeń symptomatycznych w przebiegu innych schorzeń centralnego systemu nerwowego t. j. 1) przy cierpieniach wśródczaszkowych, 2) przy stwardnieniu rozsianem, 3) przy guzach VIII-ej pary nerwów, co przy szczegółowem badaniu nietrudno się uda. Co do grupy 1) jest charakterystycznem, że tu zwykle przeciwnie, niż w omawianem cierpieniu, kierunek padania nakrywa się z kierunkiem oczopląsu samoistnego. Co do 2) to zmiany przedsionkowe mają cechę bardziej zmienną i przelotną, a guzy mają swoją bogatą i charakterystyczną symptomatologję.

Operacja wyrostka sutkowego, zabieg doszczętny podkorowy. (Mastóidectomie subcorticale, operation radicale). J. Lempert. *New-York. jw. Nr. 2, luty 1929.*

Autor podaje szczegółowo swoją technikę operacyjną, polegającą na otwieraniu antrum (antrotomii) bez cięcia skórnego pozausznego i wykonywaniu tą drogą wszelkich dalszych zabiegów, przeprowadzanych zwykle z cięcia pozausznego. Z pracy autora wynikałoby, że stosuje on przed zabiegiem podskórne znieczulenie miejscowe (w przypadkach, które *Lempert* operował w obecności referenta, było stosowane uśpienie ogólne eterem). Autor wycina aż do kości znaczną część tylnego skórnego przewodu usznego, wierci trefiną otwór do antrum, a rozszerzając otwór ten trefiną i ostremi łyżeczkami, dostaje się do wszystkich komórek sutkowych, do zatoki żylnej; opon i ucha środkowego. Dostęp do pola operacyjnego, — rozszerzonego przy pomocy odpowiednich haków skórnych, założonych pod brzegi rany przewodu, — jest bardzo dobry, orjentacja wzrokowa bez zarzutu. Autor sądzi, że zabieg ten ma wielką przyszłość, jest bowiem bezpieczny i przedstawia znaczne korzyści kosmetyczne, antrum od strony przewodu jest łatwiej dostępne niż przez grubą i często sklerotyczną blaszkę kostną korową pozauszną, a przebieg leczenia pooperacyjnego krótki i wygodny.

Technika chirurgiczna otwierania ropnią około migdałkowego trudno dostępnego. (Technique chirurgicale de l'ouverture des absces peri — amygdaliens d'accès difficile). Dutheillet de Lamothe. *w. Nr. 3, 1929.*

Ropień wypuklający się, z wyraźnem chełbotaniem, otworzyć jest łatwo, a zadanie to bierze często na siebie lekarz domowy (abscés de médecin). Dotychczasowa technika otwierania ropni trudniej dostępnych przez specjalistę jest w zasadzie taka sama. Szczękościsk, ból pacjenta i jego odruchy podczas zabiegu, brak możności dokładnej orjentacji i brak czasu do szerokiego nacięcia sprawiają jednak, że zabieg ten w tych warunkach i w rękach specjalisty kończy się często niepowodzeniem. Autor stosuje dla otwierania tych ropni (abscés du spécialiste) uśpienie chlorkiem etylu w pozycji leżącej. Założony uprzednio rozwieracz *Doyen'a* rozszerza autor po uśpieniu, a po dokładnem zorjentowaniu się otwiera absces szeroko, przecinając tylko śluzówkę nożem, a wgłąb dostając się na tępo pincem kocherowskim, który po przebiciu się do zbiornika ropy rostwiera szeroko. Aspirowaniu ropy zapobiega szybkiem przechyleniem głowy na bok, a w warunkach sanatoryjnych odpowiednim aspiratorem. Po zbudzeniu się pacjenta następuje przepłukanie gardła 2 litrami ciepłego rozczynu borowego.

Rentgenoterapja raków nabłonkowych okolicy migdałkowej. (Traitement des cancèrs épithéliaux de la region amygdalienne par les rayons X). H. Coutard. *jw. Nr. 5. maj 1929.*

Na 46 chorych leczonych promieniami Rentgena w instytucie Uniwersytetu paryskiego z powodu powyższego cierpienia 34 zmarło, a 12 t. j. 26% zostało wyleczonych. Pozostali oni zdrowymi w czasie od 18 miesięcy do 7 lat. Z tych 12 było 3 wolnych od macalnych gruczołów, z pozostałych 9 miało 4 ogromne, 5 małe powiększenie gruczołów. Z rzeczonych 12 wyleczonych otrzymało 3 poza rentgenoterapią jeszcze leczenie radem, a u jednego usunięto operacyjnie niewielkie gruczoły przerzutowe. Z 34 zmarłych, u 6 osiągnięto wyleczenie ognisk pierwotnych, a zginęli oni jużto z przerzutów, jużto z powodu martwicy kostnej postępującej w żuchwie. Czas leczenia wynosił u wyleczonych 14 do 40 dni, wyjątkowo dłużej (w 2 przyp.).

Terapja jodowa przewlekłej gruźlicy (L'iodotherapie interne dans la cure des tuberculoses chroniques de la gorge). F. Jacques. *jw. Nr. 6, czerwiec 1929.*

Autor przypomina swoją starą metodę leczenia miejscowej gruźlicy podawaniem jodku potasu do wewnątrz (około 2 gramów dziennie). Wyniki są bardzo korzystne, jeśli się ją stosuje we właściwych przypadkach. Autor przypomina więc podział zmian gruźliczych okolicy gardła, podany w r. 1905 przez *Elievant* na trzy formy: gruźlica prosówkowa ostra z jednej, lupus z drugiej strony, a w pośrodku forma pograniczna wrzodu gruźliczego przewlekłego. Leczenie jodowe stosuje się do tej ostatniej formy. Autor nie wracałby do opisów tej metody, gdyby autorzy niemieccy nie odkrywali jej jako nowej pod nazwą *Pfannenstiela* i t. d. Autor, podając jedną historję choroby, wykazuje szczegółowe wyniki metody jodowej.

Dr *A. Schwarzbart* (Kraków).

CHOROBY OCZU.

Ślepota, jako skutek surowiczego zapalenia opon mózgowych i powrót do wzroku normalnego po trepanacji czaszki. (Cecité consecutive a une méningite séreuse. Retour a la vue normale après trépanation decompressive). A. Rifat et T. Monhiddin, *Annales d'oculistique Septembre 1929 p. 916.*

Autor opisuje przypadek zapalenia opon mózgowych, które wystąpiło u kobiety 25 letniej w 20 dni po przebytej grypie. W przebiegu tego zapalenia w ciągu pięciu dni wzrok spadł do poczucia światła. Na dnie oczu stwierdzono bardzo znaczny obrzęk tarcz nerwu wzrokowego. Ponieważ kilkakrotne nakłucia lędźwiowe i wypuszczanie płynu mózgo-rdzeniowego nie dawało poprawy wzroku, dokonano w znieczuleniu miejscowem trepanacji czaszki w okolicy czołowo-ciemieniowej prawej. W ciągu miesiąca stopniowa poprawa ogólna. Wzrok jednocześnie powrócił do 10/10.

Czasowa ślepota spowodowana skurczem naczyń siatkówki w przebiegu zimnicy. (Cecité temporaire par angiospasme rétinien d'origine paludique). Sédan Jean. *Annales d'oculistique. Septembre 1929 p. 705.*

Autor opisuje przypadek nagłego zaniewidzenia w czasie ataku zimnicy. W ciągu kilku godzin widzenie spadło tak gwałtownie, iż chory nie mógł z odległości 1 metra odróżnić zapalonej lampy. Badanie dna oczu wykazało: dno blado różowe, naczynia tętnicze puste, nitkowate, lekko pokręcone; tarcza nerwu wzrokowego wydaje się silniej zabarwiona niż normalnie, w okolicy plamki żółtej nic charakterystycznego. Autor stanął przed zagadnieniem, co spowodowało skurcz naczyń siatkówki: chinina, czy też napad zimnicy. Mała ilość chininy przyjęta przez chorego, z drugiej zaś strony gwałtowność objawów ogólnych zimnicy, skłoniły autora do przyjęcia tej drugiej etjologji. Poprawa wzroku po zastosowaniu dużych dawek chininy potwierdziła rozpoznanie autora.

Dwa przypadki skurczu tętnicy środkowej siatkówki. (Deux cas de spasme de l'artère centrale de la retine). A. Rifat. *Annales d'oculistique Septembre 1929 p. 711.*

Do lat ostatnich skurcz naczyń siatkówki często mieszano z zatorem tętnicy środkowej siatkówki. Obraz wziernikowy skurczu naczyń jest podobny do obrazu zatoru. Przy zatorze jednak ślepota jest całkowita, przy skurczu poczucie światła pozostaje. Odruch źrenic na światło zniesiony przy zatorze, przy skurczu jest tylko obniżony. Przy skurczu naczyń siatkówki dużą rolę odgrywa przy leczeniu działanie przeciwskurczowe atropiny.

Autor opisuje dwa przypadki skurczu tętnic środkowych siatkówki, dotyczące osobników młodych i zdrowych. Zator tętnicy środkowej siatkówki obserwujemy najczęściej u ludzi starszych dotkniętych schorzeniem nerek, serca lub naczyń krwionośnych. W obydwu opisanych przypadkach stosował atropinę w wstrzyknięciach pozagałkowych (1 mgr. co 2 dni), w 1 przypadku wzrok powrócił do $^{8}/_{10}$, w drugim do $^{10}/_{10}$. W pierwszym przypadku pozostało nieznaczne zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego w związku z zaburzeniami odżywczemi i na stępowem zwyrodnieniem części włókien nerwowych po zamknięciu światła tętnicy środkowej.

Z. Januszewski.

KRONIKA

IX. Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w 1931 roku w Krakowie.

Tematami referatów będą:

1) Reumatyzm — z referentami: prof. Ciechanowskim i prof. Latkowskim,
2) Hypertyreozy — z referentami: dr. Maciągiem, doc. Glatzlem i prof. Orzechowskim.

* * *

Tymczasowy Program **X Zjazdu Psychjatrów Polskich** w Łodzi (z Kochanówką i Wartą), na zielone Świątki 1930 r. dn. 7, 8 i 9 czerwca.

Temat główny: Alkoholizm.

I dzień 7.VI w Łodzi.

Prof. *J. Mazurkiewicz* (Warszawa) — Wspomnienie o ś. p. Radziwiłłowiczu.

1. Prof. *S. Borowiecki* (Poznań): — Dziedziczenie u alkoholików.

2. Doc. *M. Zieliński* (Kraków): — Konstytucja i alkoholizm.
3. *F. Wichert* (Warszawa): — Histopatologja układu nerwowego ośrodkowego w alkoholizmie.
4. Doc. *M. Rose* (Warszawa): — Zmiany architektoniczne mózgu w alkoholizmie.
5. Prof. *Modrakowski* (Warszawa): — Farmakologiczne i toksykologiczne działanie alkoholu.
6. *Sew. Sterling* (Łódź): — Alkoholizm z punktu widzenia patologji ogólnej.
7. Prof. *J. Piltz* (Kraków): — Alkohol w patologji chorób psychicznych.

II dzień 8.V w Kochanówce.
przed poł.:

1. *A.Piotrowski* (Dziekanka): — Leczenie zakładowe alkoholików.
2. *S. Deresz* (Tworki): — Leczenie pozazakładowe alkoholików.
3. Prof. *W. Grzywo-Dąbrowski* — (Warszawa): — Kryminologja alkoholików.
4. Płk. *J Nelken* (Warszawa): — Sądowo-psychjatryczne znaczenie alkoholizmu.
5. *S. Skalski* (Łódź): — Temat społeczny (zastrzeżony).

Po poł.:
Walne zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III dzień w Warcie.
Luźne odczyty.

Uwagi:

1) Uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Pol. Tow. Psychjatryczneco (J. Handelsman, Pruszków, Szpital Tworki) możliwie wcześnie w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.
2) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie z miejscowym Komitetem: Dyr. Starzyński, Kochanówka pod Łodzią.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Hiszpanji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. *Fryderyka Baracha'* Wiedeń, wybierają się lekarze austryjaccy 18 kwietnia 1930 do Hiszpanii. Uczęstnicy zobaczą Wenecję, San Remo, Mentonę, Monte Carlo, Monaco, Niceę (spotkanie z Dr. *M. Faure*, prezesem towarzystwa lekarskiego na Rivierze — Societé Médicale du Littoral Mediterranéen) i odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. *Voronoffa* (znanego z operacji odmładzania). W Barcelonie i w Madrycie zobaczą hiszpańskie zakłady lecznicze.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11. I St.

BIBLJOGRAFJA

„Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1930" Rocznik VI. Część I — naukowa — zawiera następujące prace: „Badanie fizykalne w chorobach wewnętrznych" — *Z. Goreckiego*; „Metody badania dróg oddechowych" — *St. Rudzkiego*; „Metodyka badania narządu nerwowego" — *Wl. Sterlinga*; „Plan badania zaburzeń psychicznych" — *J. Nelkena*; „Rozpoznanie chirurgiczne" — doc. *J. Rutkowskiego*; „Metody badania i rozpoznawania chorób kobiecych" — doc. *Monsiorskiego*; „Badanie położnicze" — doc. *H. Becka*; „Zarys badania narządu wzroku — doc, *W Melanowskiego*; „Metodyka badania skóry" — *St. Kapuścińskiego*; „Laboratoryjne metody badania w chorobach skóry i wenerycznych" — *M. Grzybowskiego*; „Leczenie uzdrojowiskowe w Polsce" — doc. *A. Sabatowskiego*; „Leczenie promieniami Roentgena" — *A. Sabata*; „Technika drobnych zabiegów chirurgicznych" — *M. Trawińskiego*; „Spis leków według ich działania" — *W. Knappego*; Międzynarodowe mianownictwo chorób.

Cz. II — informacyjna — zawiera najbardziej szczegółowe dane o Służbie Zdrowia Publicznego, — o stanie szpitalnictwa — (wykaz 650 szpitali — z podziałem na łóżka i nazwiskami Lekarzy Naczelnych) — Spis 240 Kas Chorych (z podaniem nazwisk wszystkich ordynujących lekarzy — około 3 tys. nazwisk, władz kasowych i t.d.), Skład Izb Lekarskich, uniwersyteckich Wydziałów Lekarskich, spis instytucji lekarskich naukowych, społecznych i zawodowych, dane o prasie lekarskiej, spis aptek m. Warszawy, listę lekarzy m. Warszawy.

Cena za 2 tomy — zl. 7,50.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie poronne oparzeń okładami alkoholowemi. W przypadkach oparzeń 1. i 2. stopnia należy zanurzyć jak najszybciej, w pierwszych minutach po wypadku, część ciała oparzoną do kąpieli z czystego alkoholu (94°) na przeciąg kilku minut. Środek ten, dzięki swym własnościom ściągającym, nie dopuści do powstania na skórze pęcherzy surowiczych, przez co skróci znakomicie okres gojenia się, gdyż już po kilku dniach obumarłe, złuszczone warstwy naskórka opadają, pozostawiając bliznę prawie niewidoczną. Zamiast kąpieli można zastosować okłady z gazy, zwilżanej stale w ciągu tych kilku minut stężonym alkoholem.

Leczenie to nietylko nie jest ani trochę bolesne, ale przeciwnie — działa łagodząco na bóle. *M.*

Podajemy do wiadomości PP. Lekarzy, że miejscowości GOŁYMIN, woj. Warszawskie i DOBRA, woj. Łódzkie, pow. Turecki pozostają bez lekarzy. Bliższych informacji udzieli zainteresowanym administracja WIEDZY LEKARSKIEJ, Orzechowska Nr. 4. w Warszawie tel. 420-90.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:		cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU